

原告準備書面5別紙－国会議事録発言一覧表

| | | | | 会議年月日 | 発言者 | 立証の趣旨 | 関係する部分の引用 | 証拠番号 |
|---------|--------------------------------|--|-----|-------------|-------------|--|--|-------|
| 第163回 | 衆議院 | 厚生労働委員会 | 7号 | 平成17年10月26日 | 政府参考人・中谷比呂樹 | 国も、平成17年の時点で社会復帰のための整備が急務であると認識していたこと等 | 我が国の精神保健福祉施策におきましては、平均在院日数の長さなどの精神医療の現状、退院後の地域生活を支える資源の乏しさなど、取り組むべき課題が多いと考えております。そうした中で、精神障害者の社会復帰の促進は重要な課題でありまして、精神障害者につきましては、現在は支援費制度の対象となっておらずサービス提供基盤の整備もおこなわれているなど、その対策が急務であると認識しております。 | 甲B151 |
| 第163回 | 参議院 | 厚生労働委員会 | 4号 | 平成17年10月13日 | 政府参考人・中村秀一 | 国も依然として地域医療への転換が不十分であると認識していたこと等 | 諸外国では、精神科医療につきましても、その後、言わば地域医療が発達いたしましたけれども、我が国の方では、精神医療につきましても、まだまだ地域医療といえますが、入院から地域在宅医療にお戻りいただくという点について力が足りないということ、かねて、いわゆる治療が、在宅の基盤が整備されれば復帰される方の数も七万人おられるということ、在宅復帰を目指すということが課題になっているところがございます。 | 甲B150 |
| | | | | | 議員・円より子 | 障害者自立支援法に対する附帯決議 | 障害者自立支援法案に対する附帯決議（案） 十九、医療法に基づく医療計画とあわせて、精神病院におけるいわゆる七・二万人の社会的入院の解消を図るとともに、それらの者の地域における生活が円滑に行われるよう必要な措置を講ずること。また、精神保健福祉法に基づく医療保護入院の適切な運用について、精神医療審査会の機能の在り方、保護者の制度の在り方等、同法に係る課題について引き続き検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を速やかに講ずること。 | |
| 第163回 | 参議院 | 厚生労働委員会 | 1号 | 平成17年10月6日 | 国務大臣・尾辻秀久 | 日本の精神医療政策が入院中心であったと指摘されていたこと等 | その一番の基本にありますことを申し上げます、我が国の精神保健医療福祉施策というのは歴史的に入院処遇を中心にして対策が講じられてまいりました。そういう経緯がございますけれども、近年、精神医療の質的向上や早期の社会復帰への方向転換が図られてまいりましたけれども、その成果がまだ十分でないという、その成果がまだ十分でないという認識の下で私どもはこの作業を始めたということでございます。 | 甲B149 |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | 精神医療審査会がほとんど機能していないと指摘されていたこと等 | つまり、諸外国と比べても余りにも精神医療は入院中心主義であったと。それをこれからもっと家庭や地域で暮らしていただけるように、どう具体的に保健医療の領域と福祉の領域、うまくドッキングさせて、新しい仕組みの中で多くの皆さんが地域で暮らせるように持っていくことが基本なんじゃないですか。 | |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | 精神医療審査会がほとんど機能していないと指摘されていたこと等 | 昨日、夕刊に、精神病院に入院している人の処遇についての調査結果が出ましたね。これ詳しいのを知らないんですけど、これちょっと質問通告してない。ちょっと見たら、七千人を超える人が隔離室に収容されていて、違ったかな、五千人を超える人が拘束されているという、そういう調査結果が出たという。で、そういう実態があるのに、処遇改善要求というのが余り上がってきいていないところもあるというのはどうということなんです。これ、本当にこの精神医療審査会が機能しているんですか。 | |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | 精神医療審査会がほとんど機能していないと指摘されていたこと等 | 一つは、精神病院への入院の実態を調査した今の厚生科学研究の報告についてきちっと資料としてこの委員会に提出してほしい、これを一つ約束してほしい、それが一つと、そのことと関連して、改めて精神医療審査会の実態をちゃんとチェックしてもらえませんか。私は、本来、精神医療審査会というのは、処遇改善も含めて、そういうことをどんどん申告してもらえば、チェックして改善命令を出してやろうということだったと理解しているんですけど、それなのにそういう実態が顕然としてある。七千人も隔離室ですよ。隔離室というのは独房ですよ。そこに隔離されている。あるいは五千人を超える人が拘束されている。拘束って何これ、縛られているんですか。ということも含めてきちっと議論しなければ、これは話にならないと思う。したがって、資料をきちっと提出することと、それから、そのことと関連して、精神医療審査会の在り方を改めてメスを入れる、この二点、お約束できませんか。 | |
| | | | | | 政府参考人・中谷比呂樹 | 任意入院でも不当な入院や長期入院があるが、監督体制が不十分であると指摘されていたこと等 | 任意入院といえますのは、精神障害者御本人の同意によります自発的な入院でございます、精神医療分野における一番多い入院形態でございます。ちなみに、現在の精神病院への入院患者の三分の二が任意入院という形態を取っております。次に、なぜ病状報告をしなきゃならないのかということでございますけれども、この病状報告を求める対象の病院といえますのは改善命令を受けた病院でございます。すなわち、入院患者の処遇に問題があった病院につきまして、改善がなされているか、適切に処遇が行われているかなどを都道府県知事が経過的に、経時的にチェックをする。このために設けるものでございます。あわせて、この報告がありましたときには、都道府県知事は入院の必要性に關しまして、先ほど御議論いただきました精神医療審査会に審査を求めることができるということにしております、この制度を活用して任意入院の患者の方々への適切な処遇を確保し、またこの過程におきましては当然ながらプライバシーにも十分留意をしていきたいと思っております。 | |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | 精神医療審査会がほとんど機能していないと指摘されていたこと等 | 説明してて変だと思わない。その患者さん御本人の同意に基づいて入院しているわけですよ。そうすると、今の説明でちょっと確認しておきますが、すべての医療機関、すべての任意入院の患者さんについて病状報告を求めるものではないと、当然だわね。じゃ、限定的に任意入院の患者さんについて病状報告を求める場合があると、それは精神医療審査会において改善命令を受けたような医療機関に限られると。そうすると、その病院では任意入院の患者さんであっても不当に長期入院させられている可能性があるかと、こういうことですか。 | |
| 議員・朝日俊弘 | 精神医療審査会がほとんど機能していないと指摘されていたこと等 | 今の御答弁から理解すると、要するに、変なだけども、実態として処遇改善命令を受けるような医療機関においては、任意入院の患者さんについても不当に入院、長期入院をさせられているような場合があるであろうと、したがって病状報告を求めると、こういうことだとすれば、それだけではなくいろいろ問題があるわけだから、きちっと果としてその病院を監視し、あるいは指導をすべきじゃないですか。病状報告を求めるだけでは全然足りないんじゃないですか。 | | | | | | |
| 第162回 | 衆議院 | 厚生労働委員会 | 23号 | 平成17年5月18日 | 議員・水島広子 | 医療保護入院の廃止や精神医療審査会の問題が改善されていないと指摘されていたこと等 | かねてから精神保健福祉法上の重要課題とされてきた保護者規定の見直しとか、医療保護入院の廃止であるとか、精神医療審査会の独立であるとか、手帳制度の他の障害との統合などについては、今回全く触れられずに見送られているわけでございます。これらを含めた抜本的改革が実はこの五年後の見直しに問われていたのではないかと思いますが、これらについての意見集約をされてきたのか。また、今現在どういう作業が行われていて、こういう本当の抜本的改革というのはいつ行われるのか。そのあたりを御答弁いただけますでしょうか。 | 甲B148 |
| | | | | | 政府参考人・植田幸雄 | まだまだ残された課題が山積していることはおっしゃるとおりでありまして、これについては今回の法案でも三年後に見直すということを規定に入れておりますし、三年後に自立支援法についても施行状況を見ながら見直しが必要でありますので、その際に、精神保健福祉法についても残された課題を含めてさらに引き続き検討して、必要があれば改正をしていくというつもりでございます。 | | |
| 第162回 | 衆議院 | 予算委員会第5分科会 | 1号 | 平成17年2月25日 | 議員・中村哲治 | 精神医療の差別を解消する必要性が指摘されていたこと等 | この差別や偏見の社会的な背景には、精神障害者を地域から隔離していくというかつての精神医療政策の誤りがあったと私は感じているところでございます。医療観察法に基づく問題というのは、対症療法も必要なんです、その根本的な解決は、この精神医療をどこに持っていくのかということを考えていかなくてはならない、私はそのように感じております。 | 甲B147 |
| | | | | | 国務大臣・尾辻秀久 | 国も、精神医療政策を方針転換する必要性を認識していたこと等 | 我が国の精神医療を振り返りますと、今お話しのように、歴史的に、入院処遇を中心にして施策が講じられてきた、とにかく入院してもらおう、そういう考え方で来たという経緯があることはそのとおりでございます。そこで、最近、それではよくないということで、精神医療の質的向上も図らなければいけませんし、特に早期社会復帰を促すという方向で考えなければいけないという方向転換が図られてまいりました。しかし、まだその成果が十分であるとは言えません。こんな現状を踏まえまして、今後の精神医療につきましても、今申し上げましたように、入院医療中心から地域生活中心へ、この基本的な考え方に基いて、精神医療の質的向上も図りつつ、入院患者の皆さんにできるだけ早期に退院を実現して、地域生活に移行できる体制を構築することが必要だ、基本的にまずそう考えております。このために、患者の病状等に応じてより適切な医療が行われるための精神医療の改革、それから障害者も地域で安心して暮らせるための地域生活支援の強化、今お話しになりましたけれども、精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深めるといったような取り組みを総合的に進めて、精神医療のさらなる質的向上を図る必要がある、こういうふうにご考えております。 | |
| | | | | | 議員・中村哲治 | 精神医療の入院基本料が低く押さえられている問題点を指摘されていたこと等 | 精神医療の向上のためには、ほかの医療と比べて低いと言われていた精神医療の診療報酬を、少なくともほかの医療並みには引き上げるべきなんじゃないか、そういうお話をよく聞くんですけど、その点については、大臣、いかがお考えでしょうか。 | |
| 議員・尾辻秀久 | 上記の質問を受けて | 入院基本料の話だと思いますので、お答えいたします。まず、そもそも入院基本料ということをおっしゃるんですけど、ちょっとかたくなに言いますと、療養環境の提供、看護師等の確保及び医学的確保等の基本的な入院医療の体制を総合的に評価して、こういうことになるわけですが、今繰り返しておられるように、看護婦さん何人いるの、お医者さん何人いるの、そういうことを考えて入院基本料を定めています、こういうことでもあります。その中で、精神医療の入院基本料は一般病棟よりも低く設定されておる、そのとおりなんですが、これはもうまさに先生が御指摘のとおり、お医者さんの数なんか少ない、だから、お医者さんの数が少ないんだから入院基本料は少なくていいんじゃないの、こういう考え方で少なくなっているわけでございます。あとは、それでいいかどうかという今後の議論だと思いますので、きょうの先生の御議論なども大いに参考にさせていただいて、今後、我々検討したい、こういうふうになります。 | | | | | | |
| 第159回 | 参議院 | 共生社会に関する調査会 | 3号 | 平成16年2月25日 | 政府参考人・武田牧子 | 他の障害者との比較から精神障害者と共生社会等 | 今、お二人の参考人のお話を聞いていて一部うらやましいなと思いましたが、市町村が絡んでいるから施設偏重主義というのが言えます。でも、精神病になった人たち、確かに率では知的障害より入所率は低いですが、でも、三十三万人の方が今現在も入院していらしゃいます。国の方は七万二千人の社会的入院者の退院ということをおっしゃるんですが、でも、このことを、数とかそういうことだけが上滑りして、じゃ、ここにどれだけの経費が掛かっているのか。このような医療は、もちろん先ほどおっしゃったように、いい医療を望みます、貧しい医療で三十三万人が入院させられたままで、治療効果も出ない形でこのままでいいの。まず、その社会的、本当に知的障害、先ほどの三田さんの報告と精神も同じです。言いたいことは本当に同じこと。ただ、背景が違う。要は、市町村も騒がないで済んでいるんですよ。騒がないで済んでいるという、財政負担が市町村にない。だから、医療保険になっておりますので、あと、何とか適正な精神医療、ほかと同等の精神医療にして、さらに、三十三万人、どこの国が入院していますか。アメリカもほとんど現在、まあアメリカの例はちょっと違いますが、イタリアでも精神病院解体して、そして地域で暮らす、そのことを進めております。資源がないからじゃありません。資源は地域の人たちと一緒にあれば作っていただけますし、また私が今望んでいるのは、何とか介護保険、この今懸念部分を改正して、精神障害者が地域で暮らすためにこの制度に乗れないか、そのことによって市町村が本気になってくれるんじゃないかということをお願しております。それと、精神障害者も二度と入院したくないと願っております。先般も、うちの利用者が、夫婦で町の中で町営住宅で生活していましたが、一人調子を崩しました。彼女は入院したくない。私たち病院へ一緒に行って、そして薬の治療をしていただきまして、御主人が支えました。一週間、ちょっとしんどい場面ありましたが、訪問をし、そしてみんなでいろいろ助け合いながら地域で暮らせます。訪問診療だったり訪問看護、あるいは私たち支援センターのスタッフが、あるいは地域の方が支援してくだされば、地域で十分もう当たり前に暮らせます。ですから、是非ほかの障害と同じように、あるいは高齢者だってだれが施設に入りたいと思えます。家族にすべての責任を負わせているからこういうことになるんです。一人の大人です。ですから、それを一人の国民として地域で暮らせるように、家族が責任を負わない仕組みを是非作っていただきたいと願います。 | 甲B146 |
| 第156回 | 衆議院 | 法務委員会 | 30号 | 平成15年7月8日 | 政府参考人・上田茂 | 国も社会的入院者に対して社会復帰施設が足りないことと認識していたこと等 | 七万二千人のいわゆる社会的入院者を順次退院させていくことによりまして、入院患者が減少することとなるため、当然不要となる精神科病棟が発生するものというふうにご考えます。このような病棟を維持しておく、新たな社会的入院者が発生する可能性もことから、厚生労働省といたしましては、先ごろ取りまとめました精神保健福祉対策本部の中間報告においても、病棟の減少を促す、この方向性を打ち出したところでございます。また、精神科病棟を減らすことにより生じる人材等の社会資源を、地域精神医療の充実あるいは急性期、重度患者の入院医療の充実のために再配置することなどによりまして、我が国の精神医療の充実につなげていきたいというふうにご考えております。 | 甲B145 |
| 議員・山井和則 | 社会的入院の解消が進んでいないことを指摘されていたこと等 | これは、本当に落ちついて考えないでだめなのは、今日の時点で、もう社会的入院で条件が整えば退院できるわけですよ、その方を一年待たせるだけでも人権上大きな問題があると私は思います。それを十年ですよ。例えば、六十歳の人が十年待たせられれば七十歳で、もう社会復帰、本当に難しくなるかもしれないわけですよ。逆は、十年いたら社会復帰は難しくなるわけですよ、今だからできるじゃないの。だから、私たちもこうやって国会で簡単に、はい十年後と言っているけれども、多くの人たちの人生を奪っているということを私たちが感じながらやらないと、十年間でなくしましようという、本当に一人一人の人生がかかっているわけですから、そこは裏返せば、十年でなくせばいいという問題じゃなくて、本当だったら、やはりこれは一年でもなくさないでだめな話なわけですよ。もっと言えば、何で今まで七万二千人も社会的入院があることを放置してきたのか、この責任はどこにあるのかという問題にまでなってくると私は思っております。 | | | | | | |
| 第156回 | 参議院 | 法務委員会 | 16号 | 平成15年6月3日 | 副大臣・木村義雄 | 日本の精神医療が依然として遅れていると指摘されていたこと等 | 基本的に、やっぱり精神保健福祉の一般対策の総合的な底上げを図る必要があると思うわけでございまして、御承知のように、我が国の精神保健福祉については、従来より、先生御指摘のように、精神科病棟が多くて長期入院が大変多いということでございまして、入院中心であり、地域医療、地域福祉の体制がまだ不十分でございます。つまり、受入れ体制の問題ももちろんあるわけでございます。それから、精神科病棟の機能分化がまだできておりません、重症な患者に手厚い医療を行うなど患者の病態に応じた医療が実施されていないという問題点もございました。そして、御指摘の社会復帰対策等もまだまだこれからという等の問題点があったわけでございます。これらの問題点にしっかりと対応すべく、各般の取組を総合的かつ具体的に推進していくために、昨年の十二月に厚生労働大臣を本部長といたしました精神保健福祉対策を省内に設置いたしまして、省を挙げての対策を進めてきたところでございまして、その結果、御指摘のとおり、五月十五日には中間報告を取りまとめましたこととございまして、精神保健福祉に関する普及の啓発、精神科病棟機能の強化や地域ケアの充実など精神医療改革、住宅の確保、雇用の支援など地域生活の支援及びいわゆる社会的入院対策という四つの重点事項、重点施策としてこれから推進していくことというふうにごさせていたいただいている次第でございまして、今後も、これらを踏まえまして、実施可能なものから順次実施に移したいと考えているところでございます。また、より一層促進すべく、普及の啓発、病棟の機能分化、地域ケアの在り方については、それぞれ有識者から成る検討会を開催して、早急に具体的な検討を深め、先生の御期待にこたえてまいりたいと、このように思っているような次第でございます。 | 甲B144 |
| 第156回 | 参議院 | 法務委員会 | 15号 | 平成15年5月29日 | 議員・佐々木知子 | 国は、諸外国や他の障害に対する施策と比して、精神医療政策が遅れていると認識していたこと等 | これまでも同僚議員からよく提起されてきたように、日本では精神科患者の入院期間が各国と比べて非常に長いとか、それから七万人から、ないし十万人とも言われる社会的隔離がなされているというような問題点もございまして、今回の法案を通すということであれば、やはり一般的な精神医療というものも充実させていくということが車の両輪になっていくかというふうにお考えいただけます。一般の精神保健医療福祉施策の向上の具体策につきましては、本法案に規定することになじまないとしても、本法案を成立させるためには、明確な青写真を示すことは不可欠であると、そのような趣旨から考えているものであります。そこで、国会におきましてその明確な青写真を示すとともに、これに向けた断固とした決意を表明されたいと思っております。 | 甲B143 |

| | | | | | | | |
|-------|-----|--------------------|-----|------------|-----------|--|-------|
| | | | | | 副大臣・木村義雄 | <p>[上記の質問を受けて]</p> <p>精神保健医療福祉施策の全般にわたる充実向上と本制度の導入は、どちらか一方を先に進めるといった性格のものではなく、ともに推進をしていくべき重要な施策であると考えているところでございます。</p> <p>これまでの我が国の精神保健医療福祉施策につきましては、諸外国や身体障害者等に対する施策と比較した場合に、地域生活を支える福祉施策の面で後れておりますことや、精神医療の質の向上が求められていることは認識しているところでございまして、これらに対応すべく各般の取組を総合的かつ具体的に推進していくために、昨年十二月に厚生労働大臣を本部長といたします精神保健福祉対策本部を設置をし、省を挙げて検討を進めてきたところでございます。</p> <p>その結果といたしまして、本年五月十五日には中間報告を取りまとめたところでございます。精神保健福祉に関する普及啓発、病床機能の強化など精神医療改革、地域生活の支援及びいわゆる先生御指摘の社会的入院対策という四つの柱を重点施策といたしまして推進していくこととされているところでございます。</p> <p>今後、これらを踏まえ、実施可能なものから順次実施に移したいと考えているところでございます。また、普及啓発、病床の機能分化、地域ケアの在り方につきましては、それぞれ有識者から成る検討会を開催し、早急に具体的な検討を深め、先生の御期待にしっかりとこたえてまいりたいと、このように思っているような次第でございます。</p> | |
| | | | | | 議員・千葉景子 | <p>社会的入院の解消が進んでいないことを指摘されていたこと等</p> <p>多分、かなり率直な思いを語られておられるのだというふうに思います。ただ、逆に言えば、率直がゆえに、やはりこの法案の置かれている問題、そして今の精神医療の問題というのがある意味では本当にそのとおりだということをおっしゃっておられるのではないかとこのように思います。</p> <p>やっぱり、一般の精神障害を持つ方の医療がきちっと整備をされていないと、そこが本当に手厚いものであって、そしてできるだけ社会での生活、社会復帰を促すことができるような体制になっておりませんか、やっぱりその上に何かしらあれば、更に社会復帰を促す動きをなかなか難しくしてしまう。逆に言えば、今回も強制的な入院というものを認めるわけですので、入院した以上、なかなか今の現状の中では社会復帰が困難であるということの、もう何かその上にまた屋上屋を重ねていくと、こういうことになりかねないのではないかとこのように思います。</p> <p>今、前回も、社会的入院が七万二千人という、そういう現状があると。そういう中で、本当にこれも今解消の方向にいろんな取組がされているといながらも、一体本当にこれ、どうやってこの社会的入院というものが解消されるのか、そこの上にまた、できるだけ社会復帰を促そうということを目的しながらこの法案を作るとしたら、本当に目的を達成することができないのではないかと。仮に社会復帰を本当に促そうという目的をこの法案が持っているとしても、結果的にはやっぱり復帰できない、長期的な入院を結果的には余儀なくさせると、こういうことにつながっていくのではないかとこのことを私は大変懸念をし、やっぱり考え方の順番が、それがあから一部でもまず第一段でというのではなくて、やっぱりだれもがこういう手厚く、そしていい医療を受けられる、そこをまず何とかしてからのステップへというのがやっぱり本来の私は筋だろというふうに思っております。</p> | |
| 第156回 | 参議院 | 厚生労働委員会 | 16号 | 平成15年5月27日 | 議員・朝日俊弘 | <p>日本の精神医療として民間病院を増やしたことのポイントを指摘されていたこと等</p> <p>そのことを要望させていただいた上で、今日は残された時間、精神医療の分野における政官業の癒着の実態という問題について、幾つかバックグラウンド、皆さんには是非知っていただきたいながら、後半で木村副大臣の御所見を聞きたいというふうに思います。</p> <p>どうも副大臣の対応を見ておられると、何か我々が何でそんなに問題視するのかというふうには不思議がっているような嫌いがあるんですが、非常にこれ根が深い、歴史がある、そういう背景を踏まえて今問題が当面しているわけですので、そこを十分理解しておいていただかないと、どうも副大臣の答弁は薄っぺらな感じがしてならない。軽薄な感じがしてならない。是非そこはちょっと勉強をさせていただきたくて御答弁をいただきたいと思っております。</p> <p>まず、お手元に資料を配らせていただきました。二枚あります。厚生労働省の方に御努力をいただいて作成させていただきました。当初はこれ一つ一つきちんと御説明をいたごうと思いましたが、省略をしまして、私からポイントだけ申し上げます。</p> <p>一枚目の、主要国の精神病床数、人口千人当たりの推移という、幾つかのグラフが載っているのがあります。</p> <p>ごらんいただいたら分かると思いますが、日本の病床数が、最初は相当低い数字だったのが、どんどんどんどんいわゆる右肩上がりですと推移して、しかも高止まりしている。この傾向は、OECD各国がどんどんと精神病床数を減らしてきている、言い方を換えれば施設収容主義から施設脱却、そして地域ケアへと、こういう方向へ明確に政策転換を図ってきているのに対して、日本はいまだにその政策転換がうまくできていないという実態を示しているというふうに思います。逆の言い方をすれば、何ゆえに、OECD各国がこれだけの精神病床数でやれているのに、日本は何ゆえにこれだけ高いのか、精神病床数が多いのか。まさか日本人だけ精神障害の発生率が高いというわけじゃありません。とすれば、これは政策的にどこか傾きがあるということを示しているというふうに思います。</p> <p>二枚目のグラフをごらんください。</p> <p>このグラフは日本の精神病床数の年次の推移をプロットしたものですから基本的に一枚目の表と同じなんですが、ここで注意してほしいのは、精神病床数の開設主体、どこがどれだけの病床数を持っているかということ、少し区分けをして作っていただきました。どんどん病床数が増えていることはもう指摘したとおりであります。その中で圧倒的に多いのはいわゆる民間の精神病院であります。むしろ、いわゆる公的部門についてはその比率といえますかシェアがどんどん小さくなってきている。相対的に、そういうことを示しているというふうに思います。</p> <p>とりわけ昭和三十一年代、そして四十年代、この二十年間は物すごい勢いで民間精神病院が増えた。</p> <p>実は私は臨床の場に入ったのが昭和四十五年でして、正しく精神病院があちこちでどんどん増えている、増え続けているという状況でありました。そのときに、思出すのは、措置入院の患者さんの比率が入院患者さんの三〇%を超えていた。三割ですよ。今一割ですよ。だけれども、その当時は三〇%を超えていて、いわゆる経済措置などという言葉があった。私、さっぱり分からなかった。</p> <p>措置入院の基準として、入院をさせるための必要な状態像として措置症状というのがあって、それがあかないかで措置入院は決めるというふうに教科書的には書いてある。ところが、何のことはない、措置入院になると国の人が、当時二分の一、その後四分の三、その後十分の八と国が措置入院の入院費を積極的に補助する、あるいは支援する、あるいは肩代わりするという形を出してきたものから、入院費が払えない、あるいは苦しい方たちは経済的な意味で措置入院にしてあげましよう。措置症状があかないかは言わばその次の問題というか、そんな言葉として経済措置というそういうことが言われました。私は初めて臨床の場面に立って、びっくりしました。</p> <p>そんな意味では、私は国の政策として明らかに民間の精神病院の大増床計画があった、結果として、国がこのような政策を推し進めた結果として民間の精神病院がこれだけ増えた、こういうふうには私は思わざるを得ない。</p> | 甲B142 |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | <p>日本精神科病院協会の利益によって精神医療政策が決定されている問題点を指摘されていたこと等</p> <p>今御説明があったように、日本の精神科病床数の八割強が日本精神科病院協会に所属する病院のベッド数だと。これは大変すごい数字であります。</p> <p>さて、すごいというのは、その団体がどういう精神医療政策を持つかということが非常に全体の精神医療をどう動かすかということと密接不可分に結び付いていくという意味ですごい存在だということに思います。</p> <p>私は、日本精神科病院協会に所属するすべての病院をけしからぬと言うつもりはあまりありませんが、中には私の友人がその病院長をやっているところもあります。しかし、日本精神科病院協会の言わば執行部といえますか、中央の政治的動きについては大変危惧しています。その幾つかを御紹介をして、コメントを求めたいと思っております。</p> <p>今日の午前中の法務委員会でも御質問がありました。御存じのとおり、第四次医療法改正、二〇〇〇年になります。このときに五つの新たな病床区分が設定されて、その病床区分ごとの人員配置基準等が定められました。御存じのとおりです。それまでは、精神科床というのはむしろ特例の基準として、標準としてしか記載されていなかったわけですが、ここに新たに精神科病床という病床区分が出され、法律的な枠組みで位置付けられて、その精神科床の人員配置基準というのは新たに決めることになりました。</p> <p>さてそこで、私たちが、それから関係する団体も、例えば南野先生おいでですが、日本看護協会は是非二対一ぐらいにしてほしい、こういう要望を出されました。全国自治体病院協議会は、何とか三対一の基準を取ってほしいと。いろいろ審議会等であるような議論があったんですけども、当時の厚生省事務局としては四対一というところで何とかできないだろうか。これ、四対一というのはその当時の一般病床の基準ですね。せめて一般病床の元の基準ぐらいまで何とか持っていけないか、こういうことでした。ところが、日精協からは五対一でどうか、しかも五年間の経過措置を設けて、その経過期間中は六対一、これまでどおりで認めてほしいと、こういう要望が出されました。御存じのとおりです。</p> | |
| 第156回 | 参議院 | 法務委員会 | 14号 | 平成15年5月27日 | 議員・福島瑞穂 | <p>日本の精神医療政策が依然として隔離収容政策の延長であると指摘されていること等</p> <p>今日は日精協のことについても質問をしました。要するに、日本は九割が民間の精神病院、そこで、厄介と言うと変ですが、非常に問題がある患者さんを抱えたくない、と、国立に行ってくれと、そしてそのときに裁判所を関与させて、それでなかなか入院が、再犯のおそれ、それは修正案で、同種の事案をすることがどうかということになりましたが、言っていることは私は同じことだというふうに思います。再犯のおそれあるいは同種の事案をすることがどうかということによって判断すれば、やっぱりそれは出さない、あるいは国立で引き取ってくれと、民間に来ると、面倒な人は引き取って隔離してくれというのがこの法案の本当に本質じゃないかと。だからこそ私は、もしかしら、それを日精協が、自分たちのところではやっぱり責任問題になったりして嫌だと、他害行為がある人は国で管理をし、隔離をしてほしいというふうにしてこの法案の推進をやったのではないかと。精神障害者の当事者の人たちがこの法案について大変危惧を抱くというのはよく理解ができます。</p> <p>結局、日本の精神医療が、だんだん地域医療というよりも、やっぱり隔離政策がまだ全然直っていない、あるいは長く、病院のベッド数がなかなか減らない、そして社会復帰施設というものが精神病院の中に置かれて、補助金が自治体から出たとしても病院の中にある社会復帰施設が十分機能できるわけがないと。外国は病院の中に社会復帰施設は置いていません。</p> <p>でも今回は、他害行為を行った人間を手厚く治療する、それから社会復帰をということを言っています。しかし、それは本当におためごかしに終わってしまうのではないかと。本当に厚生労働省がやるべき精神障害者施策は、さっき言った電気けいれん直後に死亡するような、こんな事案を本当になくして、根本的にきちっとやっていくことではないかと。民間に九割任せてやるのではなく、もっと違う形で精神医療を改善すべきだと考えますが、いかがですか。</p> | 甲B141 |
| | | | | | 政府参考人・上田茂 | <p>国も社会的入院者に対して社会復帰施設が圧倒的に足りないことを認識していたこと等</p> <p>厚生労働省といたしましては、この五月十五日に対策本部で、精神疾患障害者に関する普及啓発ですとか、あるいは精神医療改革あるいは地域生活の支援、そして受入れが条件を整えば退院可能な七万二千の対策、この四つの柱を報告としてまとめたところでございます。私どもは、こういった報告を一つずつ着実に精神保健福祉施策の充実に向けて取り組んでまいりたいというふうに考えております。</p> | |
| 第156回 | 参議院 | 法務委員会、厚生労働委員会連合審査会 | 1号 | 平成15年5月26日 | 国務大臣・坂口力 | <p>国も日本の精神医療政策が依然として遅れていると認識していたこと等</p> <p>今お話しいただきましたように、かつての統計を取りましたときに約七万二千人、これは社会的入院と言われる人たちの数として数字が揃ってきております。実際にもう一度、スタートいたしますときにはもう一度しっかりと統計を取り直す必要があるというふうに思っておりますが、しかし、多くの皆さんがおみえであることだけは間違いないわけでもございまして、医療全体の中でこの精神医療の面がいわゆる制度として今までは大変後れていたというふうには思わざるを得ません。日本の場合入院のベッド数は非常に多いというところを、諸外国に比べて多いというところを言われたりいたしておりますが、それならば地域で受け入れるようになっていたかと思えば、それはそういうふうになっていないわけでもございまして、</p> | 甲B140 |
| | | | | | 政府参考人・上田茂 | <p>国も、社会的入院や病床数が過大であることを認識していたこと等</p> <p>我が国の精神医療につきましては、精神科病床が多く、あるいは長期入院が多い、あるいは入院中心ですとかいろいろな課題があるわけでもございまして、そういう中で今回の司法精神医療を、ただいま申し上げましたような療養環境あるいは治療内容、あるいはスタッフ等々につきまして今申し上げましたような形で進めていくわけでもございまして、こういった点についての関係者の理解というものを進めながら整備していく。</p> | |
| | | | | | 国務大臣・坂口力 | <p>国も社会的入院者に対して社会復帰施設が圧倒的に足りないことを認識していたこと等</p> <p>今お話ししましたように、日本の精神医療の特徴と申しますか、他の先進諸国との間の違いというのは、今お挙げになりましたように、ベッド数が多い、そして長期入院が多いという一つの点、それからもう一つは、それと裏腹になるわけでもございまして、地域における受皿が充実していないということだと思っております。それからもう一つ挙げますならば、これはいわゆる精神医療の機能分化と申しますか、機能が分化されていないということ、そうした特徴があるのではないかとこのように思っております。やはりその七万人を超える社会的入院があります以上、ここをやはり改革をしていくということがなければならぬことは御指摘のとおりだと思っております。とりわけその中で人の問題が大事でございますので、人をどう育成をしていくかといったようなことに重点を置いてこれからやっていかないといけないというふうに思っている次第でございます。</p> | |
| | | | | | 議員・大脇雅子 | <p>精神科特例の問題が指摘されていたこと等</p> <p>本件においては、いわゆる手厚い医療がどのようにしてできるかということで、絶対的な要件としては精神医療の底上げが必要だということになっております。医療法施行規則第十九条における病院の従事者数の標準によって、患者四十八人に対して医師が一人でもよいという精神科床の人員配置というものは、これは現実の問題として、軽い患者が重い患者の面倒を見るというような民間精神病院があるということがつとに指摘されておりますし、これは正にハンセン病と同じ問題を含んでいるのではないかとこのように思っております。</p> <p>これまで、こうした医師の一般的な病棟との格差というようなものについても指摘されておりますが、何度でも改定の機会があったにもかかわらず、現在この特例が維持されている理由はどこにあるのでしょうか。</p> | |
| | | | | | 国務大臣・坂口力 | <p>国も日本の精神医療が依然として遅れていると認識していたこと等</p> <p>精神医療につきましてはのれんというものは御指摘のとおりでもございまして、これを是非改善をしなければならぬというふうに思っております。とりわけ、精神科院内におきましますインフォームド・コンセントでありますとか、様々な問題があるわけでもございまして、そうした問題の一つ一つをやはり解決をしていくということになりますと、やはり人の配置の問題に突き当たってくるということは先ほど御指摘をいただいたとおりだと私も思っております。</p> <p>しかし、これはもう悪循環でございますが、地域での受皿を作らないということがまた病院の過剰入院といったようなことにつながり結び付いてきておりますし、そしてまた、そのことがまたインフォームド・コンセントを始めとして院内の質の問題にも結び付いてきているというふうに思っている次第でもございまして、ここをこの際にも断ち切らなければいけないというふうに思います。</p> <p>精神科の先生は、現在のところ、全体で見ますとやはりかなり不足をしているんだろというふうに思います。やはり、もっと精神科を目指す先生方が増えていただいで、そうしてもっと少ない患者さんの収容で、そこで十分な医療を行っていただけるようにやはりしなければいけない、看護師さんもそのとおりというふうに思っているところでございまして、そうした問題の第一歩に今回これをしないことにはいけない。</p> <p>これは、現実問題としてかなり財政的に大きな負担になる話ではないかというふうに思いますが、一方、それは入院の患者さんを減らすということにもなるわけでもございまして、プラマイどうかということにもなるわけでもございまして、私は、全体としてやはり人の配置をより多くすることとは、それは財政的には負担になるというふうに思いますが、しかし、この際にこれはやはり避けなければならない分野の一つというふうには自覚をしております。</p> | |

| | | |
|------------------|--|--|
| <p>参考人・富田三樹生</p> | <p>民間病院の医師は精神科特例によって構造的にマンパワーを使うことができないことを指摘されていたこと等</p> | <p>私は、精神科医として、そして現在、民間病院の院長として、それから日本精神神経学会の精神医療と法に関する委員会の委員長として、きょうは発言いたします。お手元に発言の要旨があるかと思いますが、一部、二部、三部と分かれております。三部は総合的なお話で、実は、このところが私がふだん感じていることの、非常に日常の精神科医としての怒りがいっぱい、足りませんが、書かれておりますが、そこまできょうの話は行くかどうかわかりません。そういう状況を踏まえて発言させていただきます。</p> <p>(略)</p> <p>私はいつも怒りを持って医者として働いています。どのような怒りを持つかといいますが、いかに我々が精神科医療で一生懸命やっても、四十八対一の特例で我々が何ができるかということであります。先ほど松下先生がいろいろおっしゃいました。私もそういう話は知っています。いろいろなことを抱え込んでいて大変なんだと。それは大変なんです、当たり前じゃないですか、四十八対一の状況で一体何がやれるというのですか。このことをよく考えてください。</p> <p>四十八対一だけじゃありませんよ。PSWとかいろいろな人たちが要るんですよ、必要なですよ。我々の病院で二百十床です。二百十床の中で我々の病院では七名のPSWがいます。公立の病院でPSWを補充できるような体制になっていますか、なっていませんよ。民間病院でそれを入れるということは、それだけの経費がかかりますよ。経費がかかって、みんな賃金は低いですよ。それでもやっているんです。官立病院は、いろいろな縛りがあるから多くの人たちを雇えないんです。しかし、官立病院は別に赤字であってもある程度できるんですよ。民間病院はできないんです。このような状況を放置しておいて、先ほどの修正案のような趣旨では、全く本末転倒であります。このような法案は廃案にして、事実をよく調査して、そして何が問題なのであるのかということをよく考えて、検討して、一から出直すべきであると思います。</p> |
| <p>参考人・長野英子</p> | <p>精神障害に対する多くの差別が、解消されずに放置されてきたことを指摘されていたこと等</p> | <p>こんにちは。</p> <p>私は現在四十九歳になります。十七歳のときに、生まれて初めて単科の精神病院に入院しました。それ以来私は通院を続けておりますし、入院も何度も繰り返してまいりました。その意味では、私は確かに精神障害者の本人であり当事者であるとも言えると思います。</p> <p>しかし、この法案について私がこの場で語るということに、私は非常に、ちゅうちよというか、穏やかでない気持ちがございます。このふかふかのじゅうたんの、暖房のきいたところで、暖房もない、日も当たらない保護室にいたくさんの仲間たちの思いを語れるだろうかという思いもあります。そして、本来ここに来て話すべき人たちがここにいないということです。本来耳を傾けられるべき人たちが耳を傾けられていないということです。</p> <p>この法案がもし成立したら対象者となったであろう方たちは、今、精神病院の閉鎖病棟の奥深く、あるいは保護室に監禁されています。彼らこそここに来て参考人として話していただきたい。それが無理ならば、ぜひこの審議は精神病院の閉鎖病棟の中に出張してやっていただきたい。私は今、そういう思いでいっぱいです。</p> <p>恐らく、今私の語る言葉も、その本当の当事者にとってはむなしいと思います。あるいは、この本人抜きの審議に私自身が加担している。裏切り者の言葉だと彼らには受け取られるかもしれません。それでも私はあえてここに来ましてしたのは、この法案は精神障害者差別だからです。再び三たび、私たち精神障害者は人間でない、おまえらは人間でない、私たちに人権はないと国会が宣言しようとしているからです。私どもは、全国「精神科」者集団として、そしてこらえるたいとして、法務省人権擁護局に、お手元に配りました人権救済申し立てをいたしました。人権侵害者として名指しいたしましたのは、小泉首相、坂口厚生労働大臣、そして森山法務大臣です。この法案の提出そのものが私たち精神障害者に対する差別であるという趣旨でございます。</p> <p>私たちは常に一方的に対策の対象としてすべてが語られてきました。今この法案をめぐる審議もそうです。そして、この国の精神医療政策もそうです。そして、あえて言えば、精神医療自体もまた、私たち抜きに勝手に強引な医療を続けてきました。発病した途端、私たちは人間ではなくなりました。すべてが、私たち本人抜きで、他人によって決められていってしまっています。私たちは、確かに病気が苦しいです。病気の苦しさもあります。しかしもっと苦しいのは、私たちが人間として、人として扱われない、差別の苦しさです。発病によって、夜は離れていきます。職を失う、学園から追放される、家庭からも追い出される、地域からも排除される、こういうことはまれではありません。そのあげくに精神病院、病院と名はついているけれども、単なる収容所です。収容所に閉じ込められて、拘禁されていく。私たちは、私自身も含め、多くの仲間が多かれ少なかれこういう経験を重ねております。この差別の中で、最悪の自殺という選択を選ぶ仲間が余りに多過ぎます。今年十二月です。十二月の年末、それからお正月、これは私たちににとって悪い季節です。皆が温かい家庭で家族とともに過ごすこのシーズンに、何の支援もなく地域でひとり暮らし仲間が、毎年この十二月とお正月にどれだけ死を選んできたか、それを今私は思い浮かべております。</p> <p>こうした差別の現実の中で池田小事件がありました。そして、資料でお配りしました人権救済申し立ての添付資料一に、そこで、とりわけ大阪でどんな事態があったか報告されております。せつかく決まった職を失った方や、出かげようとしたらいきなり近所の人に取り囲まれて、おまえは精神病院に通院しているだろう、危なくてしょうがない、おまえ、さっさと入院しちまえというようにもなりました。今、大阪の精神病院は池田小以降満床だそうです。それだけではありません。さまざまな患者会や人権活動をしている団体には、いろいろな嫌がらせや脅迫の電話などもありました。</p> <p>こうしたときに、政府は何をすべきだったか。まず、精神障害者に対する正しい知識を広報すべきです。偏見を払拭するための広報活動をすべきでした。ところが、それをやるどころか、小泉首相は何をしたか、精神的に問題のある人が逮捕されても社会に戻ってひどい事件を起こすことがかなり出ている。医療、刑法の点でまだまだ対応しなければならない、こう言ったんですね、小泉首相は、まだ、この事件で逮捕された方が精神障害者であるかどうか、実際にやっった事件が精神障害者ゆえのものであるかどうか全くわからない事件直後です。何と軽率な、しかし、一國の首相の発言です。どれだけ我々の生活に大きな影響があったか小泉首相は自覚すべきだと思いますが、それは撤回されることなく、しかも、今回のこの法案の準備作業が始められました。</p> <p>(略)</p> <p>精神障害者の事件がとも多いわけでもなく、近年非常にふえているわけでもない、再犯が特別多いわけでもない、しかも、余りに精神障害者が監禁されている実態がある。再犯予測など単なる決めつけにすぎない。それなのに、なぜこの法案が上程されたんでしょうか。皆さん、不思議に思われないでしょうか。何でこんな法案が必要とされるんでしょう、出てくるんでしょうか。</p> <p>一つの実例を見てみましょう。お手元に、「「ボチ」と呼ばれた患者」という読売新聞の記事が引用されていると思います。これは、大阪の私立精神病院美面ヶ丘病院で、職員水増しとか違法拘束とかいろいろ問題が昨年暴露されて、この病院はことし一月に保険医療機関指定取り消しとなりましたけれども、この中で、一人の患者さんのことが語られています。大勢の人間が入り出すダイナミック、いわば食堂みたいなところですね、精神病院ではダイナミックなどと言いますが、その窓の鉄さく二メートルのひもをつけて、患者を犬のように縛っていたんです。十年近くだそうです。トイレも便器で済まし、食事もそこで済まし、この半個室二メートルだけが彼の生活圏でした。このようなことが実際にありました。</p> <p>本来、人をかぎをかけて閉じ込めるとか、あるいは縛るとか、そういうのは犯罪です。皆さんよく御存じだと思います。しかし、精神保健福祉法は、本人の医療と保護に欠くことのできない限度でという趣旨ですが、一定の手続のもと、閉鎖病棟にかぎをかけて閉じ込めるとか、あるいは身体拘束ですら一定認めております。つまり、刑法上の逮捕監禁罪を免責するために精神保健福祉法がありまして、そして、その決定ができるのは精神保健指定医だという構造になっております。</p> <p>このボチと呼ばれた患者にされたこと、十年にもわたってひもに縛りっぱなしだったということは、さすがに精神保健福祉法ですら合法化できません。犯罪です。単なる犯罪です。刑法上の罪です。しかし、この美面ヶ丘病院のこのボチと言われた患者をつないでいた人はだれ一人逮捕されていません。警察が調べたかどうか私には存じませんが、だれも逮捕者が出ていません。さらに、精神保健福祉法違反ということですら挙げられていません。この病院は、</p> <p>保険の請求が水増しだった、単にそろばん勘定のことだけで挙げられたんです。ところが、一人の人間を犬のように縛っていたことに関しては、だれも問題にしなかった、この国はだれも問題にしなかった、そのことをもう一度言いたいです。</p> <p>例えば、同じように一人の少女を監禁していた新潟の事件がありました。この事件は大変な騒ぎになりましたよね。マスコミも非常に大きく取り上げました。そして、この犯人と言われた人は逮捕されて、公判に回されて、刑罰を受けようとしています。確かに、この少女の監禁事件も、ボチと言われた患者さんを縛っていた事件も、本当に憎むべき犯罪だと思えます。突りあるべき人を奪った許せない犯罪です。しかし、この国では、精神障害者とみなされた人、この新潟の事件はするように報道されました。みなされた人が何かをすると大騒ぎになります。マスコミが大々的に問題にされます。ところが、このボチと言われた患者さんが縛られていた事件は、読売新聞ですら全国版に載りませんでした。最近、私、何人かのドクターに聞きまわりましたが、このこと自体を知らない精神科のお医者さんも結構いらっしゃいます。</p> <p>同じような犯罪が起こっても、加害者が精神障害者であるときと被害者が精神障害者であるときと、なぜこれほど差があるんでしょうか。やはり私たちは、精神障害者は、人間ではないんでしょうか。</p> <p>塩崎議員ほかが御提出された修正案の御説明では、この法案では対象者に医療を提供するんだ、社会復帰を促進するんだという御説明がありました。しかし、今現在ですら、違法行為の前歴があつて措置となった方の入院は長期化しています。今、大塚さんがよく説明をなされています。</p> <p>例えば、新潮45に、これはことしの夏ですが、「封印された殺人の記録」という、日垣隆さんという方がお書きになった記事が載っております。この記事の中では、松沢病院に長期収容されている、事件を起こした入院患者さんが実名、顔写真で報道されております。これは何と二十年前の事件です。ということは、二十年間この方は入院させられっぱなしということなんですね。</p> <p>この方の場合も半年で措置解除にはなっていますが、措置解除イコール退院、社会復帰ではないことをもう一度御確認くださいませ。何か半年で措置入院の半分とか措置解除だという御答弁があつたそうですけども、措置解除イコール退院ではございません。措置解除されても、医療保護入院や任意入院で入院し続けている方がたくさんいらっしゃいます。昨日私に手紙を下されたある方も、放火事件を起こして措置になって、措置はすぐ解除されましたが、十六年間入院なさっています。</p> <p>このように、二十年入院している方の実名、顔写真報道がされて、こんなやつが実は松沢病院では外出可で、時々周辺に買い物まで行っているんだというような書き方をされています。</p> <p>この法案の対象者というものは、精神障害者で、かつ重大な事件を起こして、さらに再犯の危険があった、三重の烙印を特別に押されるんですね。こういう人たちは永久にマスコミに追いかけられると思います。なぜ社会復帰などできるでしょうか。それこそ買い物だって行けない状態になると思います。</p> <p>政府は、六〇年代に精神病院をやみくもに増床しました。それまで、ある意味では放置されていたと言ってもいいかもしれませんが、幸じて町の中で精神障害者は生きていたわけですね。ところが、町にいたその精神障害者が皆精神病院に収められて監禁されていきました。したがって、人々は、日常的に精神障害者とおつき合する機会というのを奪われてしまいました。精神障害者というのは鉄格子の中に入れて、どこかずっと遠い精神病院に閉じ込められているものだという状況がつくり出されたんですね。これはまさに作り出された、政府の政策によって作り出されたんです。いわば、精神障害者は見えない存在、具体的な存在じゃなくて、非常に言葉だけの概念的な存在になってしまいました。それゆえに人々は、精神障害者は怖い、だから鉄格子の中に閉じ込められているんだと思ひ込むようになりました。この国の政策が人々の精神障害者差別をつくり、助長したのです。この過ちを二度と繰り返してはならないと思います。</p> <p>一人つくられた隔離収容を解消するということがいかに困難か。これは今まで坂口大臣も、たくさん厚生省のお役人の方たちも答弁していますが、いわゆる社会的入院の方が社会復帰するのに十年かかるなどとおっしゃっている。それぐらい困難だ、一人閉じ込めた政策をとったら社会復帰は非常に困難になるわけです。この状況で新たな隔離収容施設をつくることを決して許してはなりません。</p> |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----|-------------------|-----|------------|----------|---------------------------------------|---|--|--|
| | | | | | 議員・瀬古由起子 | 社会復帰施設のある市町村が割引き存在しない指摘されていたこと等 | 私も、実は民間の精神病院にソーシャルワーカーとして勤めておりましたので、民間の病院がどういう努力をなさっているかということも十分知っているつもりです。しかし、日本の精神医療の制度の中で、やはり診療報酬の低い、実態に合わない中で、そして、御存じのように、日本は海外と違って、もう圧倒的に入院している患者さんが多い。そして、社会復帰施設もまともに配置されていない中で、実際には病院の関係者も大変苦勞されているわけですね。これを一気にやはり引き上げなきゃならないというふうには、私はもう本当に切実に思っています。そういう点でもお互いにいろいろ努力をしなきゃならない私も思っています。そこで、今回の特定の医療機関で治療を受けた患者さんが外に出てくる、退院するという場合に、地域におけるケアの問題ですけれども、これもこの法案では保護観察所ということになっているんですが、これは実際にはもうとてもやれる状態ではないというのは、現場の関係者からも切実な声が上がってきております。私も、先日、委員会で取り上げましたが、 社会復帰施設も、じゃ、どれだけあるかというところ、全国調べてみますと、全国の市町村に社会復帰施設が一つでもあるというのが割引きじゃないですね。 大半はもうそういう社会復帰の施設がないまま特定医療機関から退院する患者さんが出てきて、その後、一対一なり濃厚な追跡の治療を受けてもらうということになるかもしれませんが、実際には、やはり、いろいろな社会復帰の施設、地域との連携、通院治療、そういう中で患者さんたちが社会復帰していく、そういうプロセスが大変重要だというふうには思っています。 | | |
| 第154回 | 衆議院 | 法務委員会厚生労働委員会連合審査会 | 1号 | 平成14年7月5日 | 国務大臣・坂口力 | 平成14年時点でも、国は社会復帰施設の不足を認識していること等 | 地域における問題は、今回の法律でも取り上げられているところまでございまして、地域における受け皿づくりというものを進めなければならぬというふうにしていただいております。今までのこの日本の精神医療におきましては、その点が非常に弱かったということは御指摘のとおりだと思っております。一般の精神科の皆さん方全般につきまして、これはこれから見直していかなければならないというふうにも思っておりますけれども、今回のこの法律は、その中で重大な犯罪を犯した人ということに限定をされてくるわけでございます。この人たちに對します問題といたしましては、これは、入院をしておみえになる皆さん方が、いつかは必ず退院をされるわけでありまして、退院をされたときに、やはり地域でそれがきちんと受けられるような体制というものは整備をしていくということで、今法務省と十分協議をさせていただいてるところでございます。 | 甲B132 | |
| | | | | | 議員・瀬古由起子 | クラーク勅告を国が無視した責任を指摘されていたこと等 | 私は、大臣はそのおくれは認められたんですけれども、何でおくれたのかという分析が必要だと思っております。資料四を見ていただきますと、海外と比べて、ぐんとふえてきているのは日本だけで、あとはみんな七〇年代を契機にずっと減らしてきていますね、患者さんを。何でこうなったのか。何で日本だけが外国と同じような道をたどらなかったのかということに私はもう少しメスを入れなきゃならないと思っております。世界の流れが、一九六〇年代から脱病院化、施設化の流れがあつて、日本だけがふやしてきています。日本政府は、それに気づく、脱出するチャンスが幾つありました。一九四七年、一九四八年には、厚生省が呼んだ二人のWHOの精神衛生顧問、ポール・レムカウ教授、アメリカ・カリフォルニア州の精神衛生局長のダニエル・ブレイン氏、彼らは地域医療の重要性を指摘して、病院中心の医療を批判する勅告書を残しました。しかし、日本はこれを取り入れませんでした。やがて患者狩りまでやって精神病院建築ブームが起きて、一九六三年にはライシャワー事件が起きてさらに精神病院建築ブームは高まったんです。日本は一九六九年に、WHOの顧問として、今度は英国からの派遣を要請して、ケンブリッジの精神医療で実績のあるD・H・クラーク氏が派遣された。クラークさんは三カ月間にわたって調査して、日本の政府に勅告をしたんですね。この勅告も、時間がもうございませんで言いますが、今の日本の精神医療、病院中心の精神医療から、やはり地域中心の精神医療に変えなきゃならないという勅告をしたわけですね。それに対して日本の政府はどのような態度をとったのか。クラークさんが派遣された当時の日本側の責任者の加藤正明国立精神衛生研究所長は、日本社会精神医学会の講演で次のように述べておられます。この後の勅告書はブレインやレムカウよりも鋭く、そして、厚生省に上位の精神科医がない、精神病院に五年以上在院の若い患者が増加しており、今後三十年在院し続けるだろう、院主や看護婦が精神科に経験不足で、院主は収入を上げようと職員に圧力をかけている、一九八〇年から老人患者が急増する、こういうふうに出て勅告をした。しかし、これらの勅告が新聞記者に公表されたとき、行政の担当者が次のような発表をしたのには全く唖然とした。英国は何分にも斜陽国でありまして、日本がこの勅告から学ぶべきものは全くありません、こういうふうには記者会見で言ったそうなんです。これだけきちっと指摘していただくと、これは事実でしょうか。 | | |
| | | | | | 議員・瀬古由起子 | 精神医療政策の改革には抜本的な改革の必要性が指摘されていたこと等 | 四十年間もおくれてきた責任があるんですよ。ある意味では、単なる次をやりますというだけでは済まされない。それこそ、この加藤正明国立精神衛生研究所の所長は、このクラーク勅告書を契機に変わっていたら、今日これほど日本が国際的な批判を浴びるようなことがないと思われて残念でたまらないと言っていたらいいんですけどね。こういうところまで日本の精神医療を追い込んでいただくといいんですけどね。私は、なぜこうなったのかということについても分析しなきゃならないと思っております。一つは、やはり外国と比べて民間依存の体質の問題だと思っております。外国では圧倒的に国や自治体が責任を持っているけれども、日本は民間で、病床数は八二%、病床数は八九%ですね。それで、精神医療というのは、もともと人手のかかる、本来採算の合わない分野です。この分野の国としての責任を放棄してきた私は思うのです。そういう点で、私は、この反省をしっかりと、今後、やはり国が果たすべき役割というのはきちっとさせなきゃならないと思っております。そういう点では、例えば医療を充実するという問題を言いますが、国立病院の統廃合が行われる、また、独立行政法人化。国が直接精神医療にかかわる、医療が今後後退しない、抜本的に改善できるなどということが言えるのでしょうか。いかがですか。 | | |
| | | | | | 議員・瀬古由起子 | 精神科特例の問題点を指摘されていたこと等 | 何でベッド数が多いのかという問題を私は考えなきゃいかぬと思うんです。一つは、やはり精神科特例という形で診療報酬を本当に低い形で押しつけてきた経過があるわけでしょう。民間病院は、これだけの看護婦やお医者さんの配置では結局患者さんを棄損にする、長期入院で採算を合わざるを得ない、こういうところにあなたたちは追い込んできたんです。それは、私は民間病院だって民間病院で一生懸命やってきましたと思っております。しかし、それに見合うものを全然保障してこなかった。結果としてはこうした長期入院の患者さんをつくったというその責任にきちんとメスを入れなきゃならないと思っております。そういう点では、具体的に、特別に精神科は医師が少なくないなどという、こういうやり方が本当に改善されるという決意を示されるならいいですよ。具体的に、じゃ、お医者さんの配置は、改善は一体いつ行うんですか、いかがですか。 | | |
| | | | | | 議員・瀬古由起子 | 精神科特例の問題点を指摘されていたこと等 | 実際に、今お話を聞いても、本格的に入院治療を十分充実したものにしていって、外来の治療やまた社会復帰をうんと一気に引き上げる、それもばちばち努力してなんという程度じゃない、五倍、十倍に引き上げるような取り組みがなければ、本当に今の国としての責任は持てないと思っております。かつて、日本の精神医療の父、良秀三が、我が国十何万人の精神障害者は実にこの病を受けたる不幸のほかにこの国に生まれる不幸を重めるものと言われ、このように明治政府を告発いたしました。この病気になった上にこの国に生まれた不幸、これをいまだもって語らざるを得ないということは、大変残念に思います。 | | |
| | | | | | 議員・中川智子 | 精神科特例の問題点を指摘されていたこと等 | 今の御答弁で、特に森山大臣、最近よくなってきたという認識が私には大いに違うということをお知らせしたいと思います。今、両大臣、同じような形の答弁の中で、交流が大事だ、そして理解が少いのではないかと。これは運動していると思っております。交流が少いからこそ理解ができない、そして誤った情報が誤ったまま市民の中に、国民の中に根づいてしまう。これで思い起こすことは何でしょうか。ハンセン病の違憲訴訟の問題であります。九十年間、あのらい予防法という法律があるからこそ、交流が遮断され理解が全くされず、正しい情報を私たちは得なかった。そのことによって、人生被害、隔離被害を生んだわけですね。私たちはあのハンセン病の訴訟で何を学んだのかと今回の新法を見ましても思いました。何も学ばない。この国はまた誤った法律をつくろうとしている。私は、これを絶対にとどめなければ国会に来た意味がないと思いつつこの質問をしております。まず、坂口大臣、ハンセン病の解決に関しては大臣には本当に足を向けて眠れないぐらい感謝をしておりますが、あのような開きをなされた方が、今回のこの法案に対しては、そこまでの人権意識、そして安易な治療というきれいごとの中で隔離政策を行おうとしていることになぜ気がつかないのかということがとても残念です。あのハンセン病違憲訴訟の判決の中にこのような文章がございまして、少数者の人権は多数決によって奪われてはならない。これが教訓でした。世論はあるでしょう。怖いという存在が植えつけられたならば、怖いと思うかも知れない。でも、そうじゃないだ。きょうの私の資料にございましてこの二枚ペーパーを見ていただきたい。刑法犯の検査人員三十万九千九百四十九人のうち精神障害者の方は二千七十二人、〇・六七%です。殺人、強盗、傷害・暴行、放火と人数が書かれていますが、パーセンテージとしてはこれだけです。そして、二枚目の円グラフを見ていただきたい。この左側は、精神障害者の方々が起こした犯罪の対象でございますが、親族が七〇%です。知人が一六・九%、第三者は一三・一%です。何を意味するのでしょうか。偏見、差別の中で行き場がなく、家族が抱え込み、その家族がぼろぼろになってしまう、そして結局身近な家族を傷つけ、殺していく。これが精神障害者の事件の実態です。なぜ、家族がぼろぼろになるまで抱え込まなければいけないのか。それは、この国の精神医療がいかに粗末で、精神科の障害の方々を差別し、その偏見を助長するような施策ばかり繰り返して、それを払拭するためにしっかりと政策を行ってこなかったか、このあかしではないでしょうか。 | | |
| | | | | | 議員・中川智子 | 精神科特例の問題点を指摘されていたこと等 | 精神医療の差別を解消する必要性が指摘されていたこと等 | 私たちが望んでいるのは普通にしてほしいということです。医療法の精神科医療の差別基準をなくして他科並みにすること。欠格条項をなくしたり、福祉サービスを他の障害と同じようなシステムや中身にしてほしいということ。保護者制度をなくしてほしい。普通に市民として生きていきたい。このことが、犯罪を生まない、その一番大きな条件になると思っております。 | |
| 第154回 | 衆議院 | 法務委員会 | 18号 | 平成14年6月28日 | 議員・植田至紀 | 精神科特例によって劣悪な精神病院が生まれたと指摘されていたこと等 | さて、精神医療の問題についてここでまずお伺いしたいんです。というのは、きょうは特にその背景に横たわる問題ということでお伺いしたいわけですが、ここでは特に厚生労働大臣が主になるかと思いますが、要するに現状がどうなのかということ、精神病院の医師、看護職の数の問題からまず聞きます。一九五八年の厚生省の通知で、他の科よりも医師、看護職を三分の一ないし三分の二で構わないということで、実際、それすら下回っているという実態が長らく続いていたわけですね。お話を伺いますと、看護職の格差は減らされているようではございますけれども、医師についてはまだ十分改善が見られないように思っています。とりわけ、この五八年の通達以降、六〇年代、いわば劣悪な精神病院がたくさん生まれたのではないかと。これはかつての宇都宮病院における職員による患者殺害事件等々でも明らかだろうと思っております。ただ、こうした問題が、マスコミや世論、また国際世論が騒ぎ始めるまで、指摘するまで、実際のところ、厚生省や司法当局というのが調査に動いていなかったというのが実態ではなかったかと思うわけですね。そんな中で、例えば一般医療ですと、医師が十六人に一人、看護婦が三人に一人、薬剤師が七十人に一人ということですが、精神医療については、医師が患者四十八人につき一人、看護婦が六人につき一人、薬剤師が百五十人につき一人ということが基準となっているわけですが、こうした問題をまず改善する必要があるのではないのでしょうか。少なくとも、精神医療の実態が決してよろしくない、それを改善していかなければならないということが共通の土俵とするのであれば、この問題をまず改善するというのが必要なんじゃないかなと。私は精神科の専門家でもお医者さんでもないで、実際にその程度の基準でできるんだということであればそういう御見解でも述べていただければいいんですが、こうした基準を見直す必要はないのでしょうか。もしないとするならば、一般医療よりも低い水準で構わないという理由、根拠というのがどの辺にあるのか。これは厚生労働大臣にお伺いいたします。 | 甲B131 | |
| | | | | | 国務大臣・坂口力 | 国も、精神医療従事者の人的配置に問題があると認識していたこと等 | 精神医療の内容もだんだん変わってきたというふうには思っております。したがって、これからの精神医療のあり方というものにつきまして、現在も検討会でのいろいろ検討をさせていただいてるところでございますが、そうした専門家の皆さん方の御意見も伺いながら、ひとつさらに精神医療の面における前進をさせていきたいというふうには思っております。もちろん、その中には人的な配置の問題もあるというふうには思っております。現在の看護婦さんの数にいたしましても、六対一ということでございますから、これは最近までではもっと悪かったわけでございますけれども、よくいたしましたけれども、現状のことになっていて、果たしてこういう状況でいいのかどうかといったこともあるわけでございます。現状に即して、医療の進歩に即してその内容を改善していかなければならないというふうには思っております。ことしの秋ごろには、検討していただいております結果も出るようでございますので、そうしたことも踏まえまして、一層、精神病院のあり方といったものにつきましても前進をさせたいと思っております。 | | |
| | | | | | 議員・植田至紀 | 日本の精神医療に対する差別を解消する必要性が指摘されていたこと等 | 実際、地域医療、例えば、地域社会でそうした人を受け入れて、社会生活を営む中で、復帰をさせていただくケアをする、そういうフォローアップをする、その大前提になる啓発活動というのは必ずしもないわけですね。むしろ戦前の方がそうしたことが行われていたようなケースを私は耳にします。しかし、この間、戦後五十余年、いわば精神医療の実態そのものが、その現状自体が、まさに精神障害者に対する差別や偏見を助長するような意味内容を持っていたのではないかと。これは、これは検証しなければならぬと思っております。私も、議んたわけではございませんが、人から教えていただいて、そうした論文なんかを指摘されたこともありましたが、そうした問題についてまず解決しなければならぬんじゃないでしょうか。例えば、体制づくりは今おっしゃったようなところはあるけれども、今度は、それは人権上問題だということも指摘されておるわけですね。 | | |
| | | | | | 国務大臣・坂口力 | 国も、諸外国と比べて長期入院者が多いことを問題として認識していたこと等 | それからもう一つ、全般的な問題につきましてのお話もあつたわけでございますが、我が国の精神保健それから医療、これは福祉にも広がりを持つというふうには思いますが、精神科のベッド数が諸外国に比べて多いのは多いんですが、特に長期入院者の占める割合が高いといった問題がございます。それから、精神科の機能分化が十分に進んでいないという点もございまして。入院患者の社会復帰でありますとか、地域におきまして生活を支援するための施設やサービスがまだ十分に整っていないという点もございまして。これは先ほどの措置入院のところと同じでございますが、それに、国民の精神疾患や精神障害者に対する正しい理解がまだ十分とは言えない、こうした問題点があらうかというふうには思っております。 | | |
| | | | | | 議員・木島日出夫 | 日本の精神医療を入院中心から地域中心に変更する必要性が指摘されていたこと等 | 二つの側面について御答弁をいただきました。特に後者の、措置入院ではなくて一般的な我が国の精神医療制度の問題点、厚生労働大臣、かなりえぐり出した答弁だと思います。確かに、専門家筋から私も聞いております。入院が多過ぎる。資料によりますと、現在三十四万九千九百床のベッドがある。特に問題なのは、我が国の場合に、入院患者の平均在院日数が長過ぎるという問題だと指摘されております。先日厚生労働省からいただいた資料を見ますと、入院期間別入院患者割合、細かい数字ははしりませんが、五年ないし十年が一四・三%、十年から二十年が一四・四%、二十年以上が一五・二%、五年以上を足しますと四五%という驚くべき長期入院になっているわけでありまして、これが、本当に必要な医療が人権にも配慮してきちっとなされていけば問題はないんですが、そうはなっていない。したがって、この長期入院がいわゆる監獄にほうり込まれたと同じような状況になっているとすれば、それは人権上問題だということも指摘されておるわけですね。特に、私はその指摘に加えて、今入院患者の中心が精神分裂症であります。精神分裂症の基本的な特徴が、人間関係がうまくつづれない、社会関係がうまくつづれない、そこにある。そうしますと、これの本当の意味での治療をやつて、人間関係、社会関係をつくるためには、こんな十年も二十年も病院に閉じ込めただけでは社会復帰ができるはずがない。それで、今、全世界の精神医療の大きな趨勢は、病院に閉じ込めただけではなくて、いわゆる地域に出て、地域の皆さんと一緒に、本当に大変な作業であります、人間関係、社会関係ができるような医療こそが志向されているんじゃないでしょうか。そこに日本の精神医療の根本問題があると多くの皆さんから指摘されているわけで、私もそうだと思うんですが、厚生労働大臣にはそういう認識はございませんでしょうか。 | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|---------|-----|-------------|------------|--|--|-------|
| 第154回 | 衆議院 | 法務委員会 | 17号 | 平成14年6月7日 | 議員・堀崎恭久 | 病床削減、精神科特例は医師、診療報酬の改定の必要性が指摘されていたこと等 | <p>精神医療の質的な向上の問題でありまして、やはり日本は圧倒的に病床が多いということと、それから入院が長期だということが最大の問題だと言われております。もう時間がないので全部言っちゃいますと、私は、やはり病床は削減をしないといかぬと。七万人と呼ばれている社会的入院、これは収めていただけるかどうか設備を備えたいということ、精神科のお医者さんは十万人に対して八人ということで、アメリカは十・五人でフランスは二十人。若干やばり少ない上に、こういうふうなベッドが多ければ手薄な医療しかできない。お医者さんも一生懸命やるけれども、そうじゃなく、こういうことでありますから、ここもどうだろうかという問題があります。これは当然病床を削減して、あと、きちんと配置基準も改善させて、そして直ぐ今でも手薄だった、精神科特例と広い意味で呼ばれてきたこういう制度的な、言ってみればウェートのかけ方の少なさというものを、例えば診療報酬の問題を含めて直ぐ直ぐ見直さなければいけないんじゃないかというふうに思います。</p> <p>一遍に全部言っちゃおうと申しわけないんですが、例えば、これからは地域で精神障害者の方も生き生きと暮らしていただく、こういう方向でいこうとするわけですから、当然病気がなっちゃったときには家庭で、在宅で、こういう方向になると思います。そうすると、訪問看護、今これは実は若干精神科の加算はされているんですが、訪問診療の方には加算をされていないというようなこともあつた。</p> <p>そういうことで、医療全般の底上げについてどうお考えになっているのかということをお聞きしたいと思います。</p> | 甲B130 |
| | | | | | 政府参考人・高原亮治 | 国も、社会的入院や病床数が過大であることを認識していたこと等 | <p>現在の我が国の精神医療に関しまして、私どもの認識を御説明申し上げたいと考へます。</p> <p>まず、委員御指摘のとおり、現在精神科入院中の方々の中には、受け入れ条件が整えば退院可能になるとされている方々が約七万人程度いらっしゃいます。こうした方々は、社会復帰対策を充実させることによりまして退院が可能になるものと考えられます。</p> <p>当面、七万床の病床につきましては計画的に削減が可能であるのじやなかろうかというふうなことでございまして、このための社会復帰対策をどうやって充実させたいか、ただいま御指摘のとおり、現在、社会保障審議会障害者部会において御検討いただいておりますところでございまして、しかしながら、七万床が削減されたとしても、対人口比では、先進諸外国に比べて多い状態が続くことはまた事実であり、これはさらなる対策が必要なんだろう、そういうふうな認識を持っております。</p> | |
| 第151回 | 衆議院 | 厚生労働委員会 | 12号 | 平成13年5月18日 | 議員・山井和則 | 精神医療は、ハンセン病の問題と同様に、隔離収容政策が選択されたことと指摘され、当時の大臣もその傾向を認めていたこと等 | <p>私は、このハンセン病の問題、そして多磨生全園に行つて考えさせられたことがありました。隔離されて住みなれた地域に帰ることができない。しかし、これはハンセン病という過去の問題だけではないと思います。きょう、資料を七ページ、お配りさせていただきました。このハンセン病の問題と一緒にと言いません。しかし精神障害者の問題と非常に共通する部分があると思います。</p> <p>それは、このデータにもありますように、日本という国は精神病院の数が非常に多い、多いだけではなく、まさにハンセン病の問題で問題になったように、世界でももう精神科に対して入院というやり方は必要ないということがわかった時期から、この冒頭の資料にありますように、日本という国は世界の趨勢に反して精神病院のベッドがふえてきました。そして、その次の平均入院日数のグラフにもありますように、世界の中でも飛び抜けて精神科の平均入院日数は長い。全国で約三十四万人の方が入院しておられます。</p> <p>そして、この下のデータにもありますように、一番下だけを見ますと、例えば文部科学省の研究によりますと、一年以上の患者のうち退院可能な方は五〇％。すなわち、地域にしっかりとケア、グループホームやケアハウスやいろいろなサービスがあって、また、精神病院での治療がしっかり、もっとお医者さんや看護婦さんやいろいろなマンパワーの部分、そして整備の部分厚くしていくことをやれば、地域に帰れる人が、この一年以上の入院で五〇・五％もおられます。精神医学のいろいろな論文や学者の方々の発言を聞いてみても、適正な病床数というのはほぼ二十万ベッドぐらいであろうということが言われております。皆さんの方がよく御存じだと思います。</p> <p>次のページを見てみてください。</p> <p>そんな中で、厚生労働省は、平成十四年までに障害者プランで三十三万人の入院患者さんを三十万人に。本来だったら、二十万人ぐらいに減らさないとはいえなかった取り組みをすべきではないでしょうか。先ほども言いましたように、一年以上の入院患者さんのうち半分以上が、地域の十分なバックアップがあれば帰れるということがわかっていながら、三万人しか病院から出ない。これはまさに、ハンセン病の問題と共通するような、日本の国ややはり隔離的な考え方があるからではないでしょうか。</p> | 甲B129 |
| | | | | | 国務大臣・坂口力 | [上記の質問を受けて] | <p>確かに日本の中には隔離、そういう風潮と申しますか、そういうふうにしたという思いというのがいろいろの疾病に對してあつたことは事実だと私は思います。今御指摘になりました精神障害の皆さん方に対しまして、そういう傾向が本当になきにしもあらず、なきにしもあらずというのは少し言葉が足りないので、かなりそうした傾向があるというふうにも思っております一人でございまして。</p> <p>先ほど言いましたように、やはり二十万ベッドぐらいを精神病院として残すとして、残りの十四万人分ぐらいは速やかに、地域で暮らせるようなケアハウスやグループホームやケアや、共同作業所、支援センター、そういうものをつくっていくというプランを新たに作成していただきたい。</p> <p>それとともに、地域に戻るためには、今の精神病院の医療体制、看護体制ではまだまだ非常に弱い部分があります。精神科特例の問題、やはりこういうものを変えていっていただきたいと考へます。</p> <p>今、大臣がおっしゃったように、隔離をして悪いという情報がなかなか入ってこなかったという答弁がありましたけれども、少なくとも、ハンセン病の問題で明らかになったように、精神科障害の問題は、日本では病院に入っている人が多過ぎるというのはいくらも明らかで、今わかってはいるわけですから、ここでまさに仕事をしないということは許されないと考へます。</p> <p>そういう意味では、厚生労働省のお役人の方々と議論するのですけれども、非常に言いづらいのですけれども、お役人の方々は、自分たちでは余り大きなハンドルは切れない、やはりそこは政治家の方々にお願いしたいと。まさにその、今ハンドルを切るのが坂口大臣であると思っております。</p> | |
| 第150回 | 衆議院 | 厚生委員会 | 8号 | 平成12年10月31日 | 参考人・里見和夫 | 精神科特例の歴史や問題点について、その詳細が指摘されていたこと等 | <p>私は、医療法の改正の問題に関して、特に、一般科と差別しない精神科医療の実現についてお話をさせていただきたいと思ひます。私がきょう語をさせていただく内容は、お手元に三枚のレジュメとしてお配りしておりますので、それをごらんください。</p> <p>私は、そのレジュメにも書きましたが、NPO大阪精神医療人権センターの代表理事をしております弁護士でございます。</p> <p>大阪精神医療人権センターは、一九八五年の十一月に設立をいたしました。この一九八五年というのは、その一年前、一九八四年に、さきの精神衛生法の改正の契機になりました栃木県宇都宮病院事件が発覚した年でございます。私どもは、密室と言われる、閉鎖空間である精神病院の中で著しい人権侵害が行われているという事態を目の当たりにしまして、大阪において、特に精神病院に入院している患者さんの人権擁護活動を行うことを目的として、この精神医療人権センターを設立いたしました。以後、今日まで十五年にわたつて活動を続けてきております。</p> <p>この栃木県宇都宮病院では、今閉鎖空間と申し上げたけれども、その中で、著しい人権侵害、医療とは言えないような事態、そして絶対的な医師、看護者の不足という事実が次々に明らかになりました。そして、平成九年三月、大阪で大和川病院事件というのがマスコミ等をにぎわすに至りました。これは、西の宇都宮病院事件と言われる事件であります。ここの四月から施行されました改正精神保健福祉法、この中身に非常に大きな影響を与えるきっかけとなった事件の一つであります。</p> <p>この一九八四年の宇都宮病院事件、そして平成九年、一九八七年に発覚をした大阪の大和川病院事件、この間に、それでは精神科医療を取り巻く状況が大きく変化したのだから、宇都宮病院事件で指摘された医師、看護者の絶対的な不足というのが大和川病院事件の時代には解決されていたのだからかという、全くそうではないと思ひます。ほとんど宇都宮病院事件と同じことが繰り返されております。絶対的な医師、看護者の不足であります。そして、これを容認しているのが、いわゆる医療法の精神科特例と言われるものでございまして。</p> <p>私は、私自身がみずからこの事件に取り組んだ立場から、大和川病院事件の経験と踏まえて、この精神科特例はぜひ廃止されるべきものだと考へておられます。この大和川病院事件というのは、私どもが手がけた平成五年三月の事件、これはむしろ第三次大和川病院事件と言われるべきものでございまして、この病院は、そのはるかに二十年前に、一九六九年、昭和四十四年に、看護者による患者傷害致死事件というのを起こしております。</p> <p>この事件で刑事裁判を受けた看護者がいるわけですが、その刑事事件の判決の中で、この大和川病院における劣悪な医療実態、医師、看護者の絶対的な不足、医療とは言えない実態、これが大阪地方裁判所の刑事裁判の判決の中で明確に指摘されております。当時、大阪府は、大和川病院に対して厳格な指導が必要だということを表明しております。</p> <p>ところが、それからさらに十年たった一九七九年、昭和五十四年に再び、大和川病院で看護者が患者さんを殺すという傷害致死事件が発生したわけでありまして、このときも大阪府は、病院の医師、看護者の絶対的な不足、これは後ほど述べます精神科特例ではるかに引き下げられているその基準を満たしていないという絶対的な不足、これを大阪府は認め、厳格な指導が必要だということをまた改めて表明しております。</p> <p>ところが、それからさらに十年以上たった一九九三年、平成五年に、病院内で暴行を受けた患者さんが転院先の病院で死亡するという事件が発覚しました。精神科患者を抱えた遺族の方の中には、家族の厄介者が死んだということで、それを特に事件にするというような積極的な意向を示さない場合もございます。しかし、この遺族は、なぜ自分たちの家族が死んだのか、そのことを明らかにしたいという強い意欲を持っておりまして、そして、私どももここに相談に来ました。そしてまた、転院先の病院の医師が、このような精神病院の実態、これはやはり放置しておけないということで、全面的な協力を約束してくれました。そのことによつて初めて、この大和川病院事件の問題が明らかになってきたわけでありまして。</p> <p>この大和川病院の医師、看護者が絶対的に不足している。この経営者が、他に経営する二病院といわばかけ持ちの名簿をつくつて、先ほど申し上げたか低い水準の精神科特例をさも満たしているような名簿を作成していたという事実があります。私どもは、平成五年三月にこの相談を受けて以来、大阪府に繰り返して、この大和川病院のそういう医師、看護者の絶対的な不足の実態を訴えてまいりました。</p> <p>しかし、皆さん、平成九年三月に発覚するまで、マスコミ等で取り上げられるまで、約四年間におわたつて私どもの訴えは残念ながら大阪府が全面的に取り上げるには至っておりませんでした。なぜか、精神病院は特別だ、そういう発想が根底にあるからであります。その根底に最も大きく影響を与えているのが、この精神科特例であります。精神病院の医師の数は一般科の三分の一でよろしい、精神病院の看護者の数は一般科の三分の二でよろしい。しかも、その基準すら満たしていないという病院、この十月二十五日に厚生省の担当者がこの審議会の中で明らかにしたところでも、二九％に及ぶ病院がその基準すら満たしていないということが明らかにされております。</p> <p>一般科よりもはるかに低く設定された基準すら満たしていない、そういう精神病院の実情、これを私どもはこの亡くなった患者さんの損害賠償請求の裁判の中で取り上げました。裁判所は、私どもの訴えが証拠によつて裏づけられているということで、この病院の医師の数、看護者の数が基準すら満たしていない、したがつて適正な医療と考へる実態ではない、その結果患者が死亡するに至つたということを確認して、遺族の損害賠償請求を認めました。</p> <p>私どもは、この事件を契機にどうか、そもそも精神医療人権センターを発足させた一九八五年から一貫して、精神科特例は撤廃すべきだということを訴えてまいりました。この一九八四年の宇都宮病院事件の翌年に我が国に調査に参りましたICJ、国際法律家委員会の調査団も、日本の精神病院における絶対的なマンパワー不足、これを指摘しております。そして、日本政府に改善を勧告しております。にもかかわらず、今日に至るまで十分な改善を見ないままその実態は放置されてきたと言わざるを得ないのが実情であります。</p> <p>それでは、精神科特例に何か合理的な根拠はあるだろうか、私は、精神科医療というの、他科の医療に比べてむしろより人手が多い、その必然性があるとする考へておられて、他科よりも少ない人手、しかも皆さん、精神科特例では医師が三分の一でいい、そういう著しく低い基準を設定している、このような低い基準を合理化する合理的な理由というのは全くないというように確信しております。もしあるのなら、教へていただきたい。</p> <p>このような合理的な根拠のない精神科特例によつてもたらされた精神病院における医師、看護者の絶対的な不足というのが、先ほど来申し上げてきた医療の不在であり、閉鎖処置であり、長期収容という劣悪な医療実態をつくり出してきた根源であります。</p> <p>最近、うつ病あるいは中高年齢者の自殺というやうな問題を手がかりに精神疾患に対する社会の関心は広がつております。ここにも書きましたように、精神科の病気の多くは、今では、できる限り早い時期に、落ちついた環境で、適正な治療、処遇、リハビリテーションが行われるならば、短期で治療が可能であるということも言われております。これは、いろいろところで言われておりますように、人手こそ最大の、治療の最も有効な道具だということでありまして。</p> | 甲B128 |
| | | | | | 議員・山井和則 | 精神科特例によつて十分な医療を受けられていないと指摘されていたこと等 | <p>医療法の改正について、精神科特例などの精神医療に絞つて質問をさせていただきます。</p> <p>その理由は、今回の医療法の改正は日本の医療の貧困さを何とか二十一世紀に向けてよりよいものにしていこうという方向性なわけですから、長期の入院を初めてとして、最も日本の医療の貧困な部分を取り残されているのがこの精神医療の分野であると思ひます。</p> <p>まず冒頭に、ある患者さんの御家族からいただいた手紙を少し読ませていただきます。</p> <p>私の息子は精神科患者です。そのことで私は二十一年ほどいろいろなところへ行き、何とか息子が社会に出られないのかと東奔西走しましたが、結局は精神病院しかなく、しかも、急性期には独房のような個室に薬漬けで入院をさせるしかないというお粗末な状況でした。しかも、良心的と言われるこの精神病院も、喫煙室さえない始末。もうもうと煙が漂っている部屋で薬漬けになっている息子を見ると、涙が出て仕方がありませんでした。息子はいつも言っています、僕が行くところは病院しかないのか、それと聞くといつも涙が出ます。二十一世紀になろうとしているのに、日本の現状は相変わらず臭い物にはふたをするという時代と変わらないのかと。母親はそれなのに絶望し、何度も死のうとしました。ほかの精神科患者の家族も同じような気持ちだと思います。だから、グループホームのような地域の住居で生活できる場所が実現したら、障害者の人が社会化し、自己実現できる第一歩になると思ひます。</p> <p>また、昨日、私は精神科患者のある集会に行きました。その中での横山多美子さんという方の発言なんですが、この方は当事者であり、過去八回精神病院に入院経験を持って、今自宅で暮らしておられます。その方が言うには、現在の精神病院は治療の場ではなく、収容の場になっています。私たちは病人なのだからちゃんとした医療を行つてほしい、普通の病状と同様に扱つてほしい、精神科特例など早くなくしてください。私たちは精神病院の劣悪な環境の中で、一日も早く退院したいというのが心の底からの願いです。私は、一週間から十日ぐらゐの入院を中心に、三カ月ぐらゐで退院させるべきだと思います。すつかりよくなくて二度と再発しないようにしっかりと治そうねと言って、十年も入院させるには、ぞつとして足が震えます。このように言っておられました。</p> <p>このような現状を、私も先週末から四カ所の精神病院を訪問して、その中の閉鎖病棟にも滞在させてもらつて、現場の声を聞いてまいりました。</p> <p>きょう、この写真と資料をお配りいたしました。冒頭にございまして、全体では二百七十七万人、入院患者の方は三十四万人。そして、この下のグラフにありますように、半数の約十六万人の方が五年以上入院している。これは後ほど述べますが、国際的には考えられないぐらゐの、入院というよりは精神病院に住んでいるという現状になってしまつております。</p> | 甲B127 |
| | | | | | 政務次官・福島豊 | 精神科特例が設けられた立法事実等 | <p>精神科特例につきまして、歴史的な背景をまず申し上げたいと思ひます。</p> <p>この基準が策定された当時は、今日ほど薬物療法等が進歩しておりませんが、精神科患者への医療サービスの内容が限られていた。また、医療スタッフも十分でなかった。こういう状況の中で、多くの精神科患者の方にできるだけ治療の環境を確保するためには、このような基準を設ける必要があつた、そして、それに基づいて精神科病床の整備を急がなければならぬ状況であつた、そのように私は理解をいたしております。</p> <p>その後、精神科医療の世界も、治療法につきましても、大変大きな変化が起つてまいりました。さまざまな形で社会的復帰ということに對しての取り組みも進んできたというふうに思ひます。</p> <p>こうした流れに對する観点から、本年の一月、公衆衛生審議会におきまして、この精神科病床の人員配置等の基準について、精神疾患の特性に十分配慮しつつ、一般の病床とできるだけ格差のないものとすべきであるというやうな指摘がなされておられて、それを踏まえて、現在、専門委員会におきまして、具体的な基準について検討を進めているところでございまして。</p> | |
| | | | | | 議員・山井和則 | 病床数が多く、社会的入院が発生していることと指摘されていたこと等 | <p>繰り返すようになりますけれども、日本は欧米の倍以上のベッドが多いわけですね。ですから、厚生省さんは、この医療法の改正を経て、二十一世紀も二、三万しか地域に帰れないという前提で精神医療行政を進めていられるとしたら一これは根本的なことですね。今のこの構造、日本の多くの精神科患者の方は、ほとんどは今までの病院でしか暮らせないと考へるやうな現状認識に立つておられるんですか。</p> | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|-------|-----|------------|-----------|--|---|-------|
| | | | | | 議員・山井和則 | 国は精神科特例の廃止や病床数の削減の必要性を認識していたこと等 | まさにそこなのです。今回の医療法の改正の中で精神科特例の廃止—廃止といっても、ほかの一般医療と切り離されてこのまま低い水準に据え置かれるのではないかという危機感が非常に患者さんや御家族の中にあります。その方々の一番大きな不安は、この先どうしてくれるのが医療法の改正においても見えないということなのです。ね、その精神医療、日本の医療の中でも一番貧困で、国際的にも非難を浴びているそこに対して、ビジョンなくして医療法の改正をしていくということなのです。私は問題だと思っております。 重ねてお聞きしたいのですが、このページ三にあります精神科病床の多さ、在院日数の長さ、先ほど私は十万人という数字を言いましたが、何万人ぐらいたら地域で対応していこう、いけるという意味合いじゃなくて、いくべきという厚生省としてのビジョンがないと二十一世紀を迎えられないと思うのですけれども、そのあたりのビジョンについてどういうふうにご考えていただけるのでしょうか。あるいは、もし今そのビジョンを検討中と言うならば、二十一世紀の精神医療は入院隔離中心というよりも地域で展開していくというようなビジョンをいつまでに出してもらえるのでしょうか。 | |
| | | | | | 政務次官・福島豊 | | 今回の医療法の改正の中では、精神科病床をどうするのかということにつきまして十分な視点が盛り込まれておられないのではないかと御指摘が一つあったと思います。先ほども申しましたように、本年の一月に、公衆衛生審議会で「精神科病床の新たな機能区分の設定について」ということで、幾つかの指摘を私どもはちょうだいをいたしております。 一つは、先ほども言いました精神科特例についてどうするのか。これは、人員配置ということもございまして、先ほども委員から御指摘がありましたように施設整備基準ということで、病床面積の問題につきましてもこの中で御指摘をいただいております。この点につきまして、関係団体ともよく協議をしながら検討を進めていく必要があることは確かなことだと私は思っております。その検討を踏まえて、二十一世紀において日本の精神医療がいかにあるべきかということについて一つの方向をきちっと示していく必要がある、私はそのように思います。 | |
| | | | | | 議員・山井和則 | 社会復帰施設の設置が先延ばしにされていると指摘されていたこと等 | 私も、今回、精神医療の現場を回らせてもらって患者さん本人の声を聞いた。一日も早く退院したい、世間、地域の偏見がある、家族との関係が難しい、いろいろな生の声を聞いた。一番切実に言われたのは、私たちは待てないんです、五年も十年も待てないんです、私の人生はどうなるんですかという悲痛な叫びがあるわけです。もちろん、それだけ聞いて政策決定ができるわけでもありませんが、それを問題解決の原点と踏まえて、こういう困っておられる現状をどうしたらいいのかというところから議論はスタートしないとだめだと思っております。 にもかかわらず、委員の中でそういう声を聞いてきっちり議論しておかないと、現状が難しいから、受け皿といいますが地域のサービスが足りないからもうちょっと我慢してもらおうかと、結局はこの先延ばし先延ばしのツケはすべて当事者の方に行ってしまうわけです。 私がこういうふうにごだわる理由は、こういう先延ばしのやり方、例えば先ほど申し上げました三十四万人のうち二、三万しか地域に帰れないというようなことは、当事者の方が委員としてその場にいらしゃったら、冗談じゃないわよ、一回現場を見に来てと言われると思うのです。残念ながら、そういう甘い政策になってしまう理由は当事者が入っていないからだと思うのですが、しつこく申し上げたいのですが、そこを、津島厚生大臣、お願いします。 | |
| | | | | | 議員・山井和則 | 精神科特例の廃止の議論が先延ばしにされていると指摘されていたこと等 | そこがこの医療法改正の問題の大きな問題点だと私は思います。 先ほども申し上げましたように、精神障害者の方々あるいはその御家族は、今回の医療法の改正で、精神科特例を廃止することを通じて一般の治療と同レベルの治療を受けられるんだという期待を持って今回の医療法の改正を待っておられたわけです。 にもかかわらず、今の答弁にありますように、医療法の改正は通したいけれども、精神医療については貧困で、三、四十年大問題になってきて、国際的にも批判されている人員配置基準をどうするかまだ決まってもない、これから議論をする、それで患者さんや御家族が納得されるのでしょうか。まさに先ほど言った、当事者の方が入っていないから先延ばしになってしまうのではないのでしょうか。この人員配置基準の引き上げなどについて、大体いつまでに決まるのでしょうか。 | |
| | | | | | 議員・山井和則 | 精神障害に対する差別の問題点を指摘されていたこと等 | 次の質問に移らせていただきますが、このように障害者の方々にはさまざまな差別にさらされているわけですが、精神障害者は危険な存在だというメッセージを与えかねないような規定、具体的に言いますと、医療法施行規則第十条の三や十六条の六や、身体合併症を持っている患者さんが一般病床に入院できないかのような誤解を与える差別的な規定がまだ残っていること。また、保護室を一つの保護室というのは独房のことでありまして、トイレもこの中でやることになるのですが、これを一般の病床、居室として取り扱ってよいという、精神障害者を人間として扱っていいような行政の文書があるなら、この際見直した方がよいのではないのでしょうか。障害者の欠陥条項の見直しも内閣を挙げて取り組んでおられるのですから、そのことについての見直しもすべきではないのでしょうか。 以上のような点について、引き続き公衆衛生審議会でも御検討いただきたいと思っております。いかがでしょうか。 | |
| | | | | | 国務大臣・津島雄二 | 国は精神科特例の廃止の必要性を認識していたこと等 | 今回の医療法の改正後の人員配置の基準につきましては、先ほど総務政務次官からもお答えをいたしましたけれども、公衆衛生審議会から、精神疾患の特性に十分配慮しつつ、一般の病床とできるだけ格差のないようにすべきである、これをはっきりと言っているわけでございまして、方向性ははっきりしております。具体的にどのように進められるかは、今専門委員会において検討を進めておるところでございます。趣旨は、私は理解しているつもりでございます。 | |
| | | | | | 議員・土肥隆一 | 日本の精神医療が隔離収容目的である等と指摘されていたこと等 | 私は、精神医療をどうするかということは、まさに日本の医療をどうするか、そして医療に関する抜本改革の重大な課題だということに思っておりまして、後で抜本改革についてもお聞きいたしますけれども、精神医療を普通の医療のように考えて精神科の患者さんに当たるといことが大事でありまして、これからはこういう区別はなさらないようにお願いしたいと思っております。 しかし、私も長年厚生委員会におりまして、何度も精神医療の問題について取り上げてまいりました。先ほど山井さんがおっしゃるには、精神科の患者さんが絶望しています。実は、言葉はちょっと不適切かもしれませんが、私も絶望しているんです。 日本の精神医療は、長い歴史がありますけれども、隔離型で、忌まわしい病氣、治らない病氣、そして隔離しておけばいい、そういうふうな精神医療の文化を生んだんですね。そして、巨大な病院体系ができてきて、これも私は厚生省の医療政策の誤りだと思うのでありますけれども、地域医療計画などの駆け込みもあつたか聞いておられますけれども、いわば完全に収容型でやってきた。同時に、これを民間の医療法人に任せた。そして、今日、三十四万人体制ができてしまった。これをどうするかということについては、ほとんど今までの精神医療行政はこの三十四万人体制を維持するんだということに尽きるわけでありまして、そのことから考えると、社会復帰ができそうである家庭に戻れようかというふうな患者さんやご家族も、先ほどから二万人だ、三万人だという話でありますけれども、言ってみれば三十四万人体制をどう維持するかということに帰結がございまして、したがって、病床区分あるいは施設基準などを考えますときには、この三十四万人の入院患者さんあるいは精神科病院を維持するという視点からいつも述べられないんじゃないかというふうにご考えておられますが、どうでしょうか。 | |
| 第145回 | 衆議院 | 厚生委員会 | 11号 | 平成11年5月21日 | 説明員・今田寛隆 | 国は、平成11年時点で精神科特例を早急に見直す必要性を認識していたこと等 | この精神科特例ができた昭和三十三年当時で申し上げますと、当時はスタッフの確保が困難だったということ、それから疾病が慢性的に経過することからこのような特例が設けられたわけでありまして、現在においてこの特例は早急に見直すべきだという御意見が多々あることは十分承知をいたしております。 それが解消できないとすれば何が理由なのかということですが、関係される皆様方の御意見の中では、マンパワー、特に精神科の医師の確保が困難だというような御意見もあつたと思いますが、一方で、現在の診療報酬ではマンパワーの増大はできないという、そこは表裏の関係になるのではないかと思います。 いずれにしても、この精神科特例というのは、もう十分に病床の整備が進んできたわけでありまして、昭和三十三年当時と状況はやはり違う。そういう中から、精神科病床のあり方というのは、今後、その中に非常に急性期で手のかかる、つまりマンパワーをたくさん投資しなきゃならない方々と、それから非常に長期にわたって入院していらつしやる方で、むしろ生活とか介護を重視する方々、それが精神科病院という一つの中に入らつしやる、この施設体系をもう一度見直す必要があるのではないかとこのことで、医療提供体制の見直しに合わせて公衆衛生審議会の方で施設体系を少し根本的に見直していこう、こういう措置を講ずることで適切な運営ができるような施設類型というものをご考えていく必要があるというふうにご考えております。 | 甲B41 |
| | | | | | 議員・山本孝史 | 精神保健福祉法改正時の附帯決議 | 私は、自由民主党、民主党、公明党・改革クラブ、自由党、日本共産党、社会民主党・市民連合及び無所属の会を代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。 案文を朗読して説明にかえさせていただきます。 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案） 政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。 一 精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る観点から、精神障害者やその家族その他の関係者の意見も尊重しつつ、他の障害者施策との均衡や雇用施策との連携に留意し、障害者プランの着実な推進を図るなど、精神保健福祉施策の充実を努めること。 二 都道府県から市町村への在宅福祉サービスの提供主体の移管が円滑に行われ、市町村を中心とする在宅福祉サービスの充実が図られるよう、財政的な支援を行うとともに、専門的・技術的な支援を行うこと。また、市町村障害者計画の策定について市町村が主体的に取り組むことができるよう、積極的に支援すること。 三 医療保護入院については、国連原則等の国際的な規定に照らし、その適切な運用に努めること。 四 医療保護入院等のための移送の実施に当たっては、適正な運用が確保されるよう必要な措置を講ずるとともに、都道府県の責任において適切な入院治療が提供できるよう、二次医療圏を勘案してその体制を整備すること。 五 精神科病床に係る人員配置基準、医療計画その他の精神医療提供体制及び長期入院患者の療養の在り方について、その充実に向けて早急に検討を行うこと。 六 チーム医療及び精神保健福祉サービスの一層の推進を図るため、人材の育成・確保に努めること。また、現在検討中の臨床心理技術者の国家資格制度の創設については、速やかに結論を得ること。 七 精神科病院における不祥事件の多発にかんがみ、人権を尊重しつつ適切な医療を確保できるよう、医療従事者の更なる啓発に努めるとともに、医療機関等の情報公開の推進と精神科病院の指導監督の徹底を図ること。 八 精神医療審査会がより適正な機能を発揮し、独立性と実効性を確保できるよう努めるとともに、合議体の構成についても検討すること。また、当事者の意見の反映が図られるように努めること。 九 小規模作業所については、社会福祉事業法の見直しの中で、通所授産施設の要件緩和が検討されていることから、その検討結果を踏まえ、通所授産施設への移行を促進すること。また、多様な福祉サービスの充実を努めること。 十 成年後見制度及び社会福祉事業法等の見直しの動向を踏まえ、家族・保護者の負担を軽減する観点から、保護者制度について早急に検討を加え、精神障害者の権利擁護制度の在り方について引き続き検討を進め、その充実を図ること。 十一 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に定めること。 十二 精神障害者に関する各種資格制限の緩和と撤廃について検討し、その結果に基づいて、速やかに必要な措置を講ずること。 以上であります。 | |
| 第145回 | 衆議院 | 厚生委員会 | 10号 | 平成11年5月19日 | 議員・能勢和子 | 精神科特例の廃止や診療報酬の改定の必要性が指摘されていたこと等 | 大臣も御案内のとおり、皆様も御案内のとおり、精神保健福祉法が生まれました昭和六十二年、この精神保健福祉法の一番のねらいは、精神障害者に対する人権、そして私たち国民に対する精神保健の向上、あわせて地域のそうした精神障害者を支えるネットワークといいますが、地域も支えていこう、大きな柱がその三つだったと思います。殊に、当時さまざまな問題があつて、精神保健福祉法ができた当時は、国際舞台で日本の精神医療をたたいてきたということがあつたわけでありまして、特に人権問題について大きく話題を呼んだところでもあります。最もそれが焦点であつたわけでもあります。 今、この精神保健のねらいを考えますときに、医療法では、現在、精神、結核特例という形で、医師初め医療従事者の数が一般に対して低い形で定められているのが現状であります。私は、特に精神医療の現場にいた人間といたしまして、ハード面よりもソフトといいますが、まさに精神医療の治療の中心は人です。その人の質と数、これがまさしく精神科医療の中での最も重要な部分だと思っております。極端に表現するならば、保護室なんていう数だつて、治療側の質と数を保障すれば随分少なく済むというふうにご考えているわけでもあります。殊に精神科の場合は、医師を初めとしますさまざまな医療スタッフの質と数が要るわけでありまして、現在の医療法に定められております数を見ますときに、一般科より少なくていい。 我々常に、精神医療がメジャーになりたいというふうにご考えているわけですが、精神医療が一般科と同じくメジャーになりたい、そのためには当然、診療報酬等々の問題もかかわってくると思っております。そういうような考えを持ちますものから、今の精神医療に対しまして一般医療との格差についてどのようにお考えになっていらつしやるか、お聞きしたいと思います。 | 甲B126 |
| | | | | | 説明員・今田寛隆 | 国も、諸外国や他の福祉施策と比して、依然として日本の精神医療政策が遅れがあり、社会復帰施設も不十分であると認識していたこと等 | 諸外国の状況の中で多くの指標で比較できる資料が、それぞれの国の状況も違っていて、持っているには限界があるわけでありまして、まず精神科病床につきましては、例えば人口千人当たりで見ますと、アメリカが〇・六床、ドイツが一・三床、フランスが一・三床でありますけれども、我が国は二・九床ということで、他国に比べましては精神科病床は多いということが言えようかと思います。 これらにつきましては、外国で、ケネディ政権の当時に一つ象徴されるわけでありまして、脱病院化ということで、地域医療を進めようという観点から比較的早く地域精神医療への取り組みが進んだというふうにご思います。そのことによって、ある意味では精神科病院の入院期間というのが短縮され、あるいは精神科病床そのものが縮小されてきております。 一方で、そうはいっても一定のケアが必要だということから、アメリカでは、イギリスにもありますけれどもナーシングホーム、あるいはデイホスピタル、あるいは福祉ホームといったような在宅におけるケアを行う施設が非常に充実してきているというのが諸外国の現状ではないかと思っております。 翻って我が国においてどうかという御指摘でありますけれども、社会復帰施設の取り組みそのものがある意味ではおくれたということも否めないことかと思っております。 と申しますのも、精神衛生法が精神保健福祉法へと今日に至る過程の中での歴史といえますと、他の福祉施策と比べれば明らかに遅れてスタートしてきているという点は十分認識しなければならぬと思っております。そういうことで、アメリカに比べますと依然として入院医療が中心となつておるといこと。それから、社会の受け入れ態勢という点で、社会復帰施設がなお万人程度のボリュームしかないという点で必ずしも十分ではないこと。また、地域におけるケアシステムという点についても十分に整備されているわけではない、あるいは、それらに対して国民の理解が十分であるかどうかという点についてもなお解決しなければならない課題がある。このように認識をいたしております。 | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|---------|-----|------------|---|---|-------|
| | | | | | <p>精神医療の閉鎖性・高速度性、社会的入院・社会復帰施設、他の障害との差別解消の必要性が指摘されていたこと等</p> | <p>次に、具体的な事柄についてでございますが、精神障害者問題の根幹が人権問題に触れることは、多くの識者が指摘しているとおりで。こうした問題を解決する手段としていたしまして、一つは、医療機関による閉鎖、拘束性を是正し、なかなかなくならない宇都宮病院事件あるいは大和川病院のような患者さんに対する虐待による死亡等の不祥事を解決していくこと。</p> <p>二つ目には、現在、全国の精神病院に入院しております三十四万人余りの患者さんのうち、社会的入院と目されている七ないし十万人の生活権を保障するため、社会復帰促進にかかわる受け皿づくりを進めていくこと。</p> <p>三つ目には、在宅精神障害者が入院医療を必要とするときに、まさに速やかに医療を受給できる医療機関の受け入れ体制と機能を充実していくこと。</p> <p>四番目に、家族、すなわち保護者責任の軽減ないし解消。</p> <p>そして五番目に、他障害者と同様の福祉サービスを受けられるようにするため、市町村を中心とした障害者施策推進窓口の一本化が挙げられます。</p> <p>今般提出されました改正法案は、これらの事柄を網羅した形で示されておりますことは、衆議院調査局の厚生調査室が作成いたしました本法案に関しまして参考資料六ないし十ページに「主な論点」として改正の趣旨が述べられておりでございます。</p> <p>わかりやすくこのことを申し上げますと、精神障害者も他の傷病を有する人たちと同様に、一人の地域住民が精神病ないし精神障害という傷病を有しながら地域で生活しているわけでございますから、住民が生活を営む中で傷病によって医療を受ける、治れば退院してきてもとの生活に戻るといった構図は、精神病を有する人であっても当たり前のはずだということです。精神障害者に対してもこうした状況を形成することで、市民や他の障害者との負の格差を減らしていつてもらいたいと思っております。そのためには、医療が必要ときには当事者にとって必要な医療が提供されること、すなわち、救急医療の整備や医療機関の情報開示等を改善していくことが求められます。情報開示によって得られる適切な医療の受給は、医療機関の目安などによって社会的入院の形成を是正させるだけではなく、病状が安定したら退院しかつての生活の場に戻る、そういったことで、精神病は治らないといった誤解やその延長線上での偏見、差別等を解消できるものと思います。</p> <p>精神障害者の社会復帰促進を図るためには、その前提としてあるいは車の両輪のように、社会生活を維持する上での傷病に対する社会的基盤としての精神医療の改善、整備拡充が不可欠だと言えます。並行いたしまして、生活権を保障することは、障害者の種別を超えて法制度が一本化されることが望まれます。加えて、地域社会が、どのような傷病を持とうとも、すべての人々との共生を可能にする社会にしていかなければなりません。共生といったかかわりの関係を構築していく上で市町村の役割は重要です。精神障害者福祉手帳の交付や通院医療費公費負担等の窓口を市町村に移行し、少しずつ市町村を中心とした精神障害者ケアシステムを実態化していつてもらいたいと思います。このことによって、精神障害者の生活も当たり前のものにしていく必要があります。</p> | |
| | | | | 参考人・小林信子 | <p>諸外国に比して日本の精神医療に問題があり、抜本的な改革の必要性が指摘されていたこと等</p> | <p>少し説明させていただきます。</p> <p>まず、アメリカ合衆国とか西ヨーロッパにおきましては、精神病院がどういふものなのかというらえ方がやはりしっかりしていると思います。精神病院というのは人権侵害の温床なのだという発想があります。ですから、監視をしなければいけない、そういうことで監視チームもついたり、そして患者さんたちの申し立てを受けているわけです。申し立てを受けるには、やはり精神病院の状況というのは国際的に同じです、患者さんたちの人質状況は変わりません、ですから、それらをサポートする体制として患者の権利擁護者というものが制度として導入されています。</p> <p>アメリカ合衆国でも、もちろんアメリカ合衆国は州によっていろいろな差があるそうです。私たちの仲間はカリフォルニアに留学しまして、それを詳細に検討してきました。私はイギリスに行ってそういうことも調査をしてみましたけれども、大体は、アメリカの場合は連邦政府が各州に患者の権利擁護の予算を置きまして非営利団体をつくりまして、長は弁護士さんということで、やはり法的な介入が主になっております。</p> <p>弁護士さんがいつも行くというわけではなくて、パラリーガルという人たちが養成しまして、定期的に精神病院を訪問して患者さんの意見を聞く、苦情を聞いたりして、その中で弁護士さんの援助が必要であれば、そういうところに結びつけるということです。</p> <p>それで、私たちがいつもモデルにしたいと思っておりますのは、オランダの例です。</p> <p>オランダは、いろいろ経過があるんですけども、まず、国が公立病院にそういう患者権利擁護者を配備しました。それはどういふ団体かという、いわゆる非営利団体で、日本の社会福祉団体みたいなものだと思いますけれども、その中のスタッフの半分以上は病気の経験がある人ということが大変重要で、入院の経験があるということ、患者さんの訴えや苦しい状態が我々病気を経験していない人よりもよくわかるということ、パーシセントアドボケートや、精神病院に入るオンブズマンによって、病気を経験した人の資質というものは大変重要な資源となっております。</p> <p>それで、オランダの場合ですけれども、公立の病院でやって、最初はやはり医療者たちの抵抗はかなり強いものがあつたそうですが、徐々に進展してきて、今では、法律で保険点数にそういうものを上乗せして、全部の病院に患者さんの擁護団体というものが入って、患者さんたちが入って、患者さんの意見を聞いたりして行くわけです。そこでももちろん人権侵害が暴かれることもあるということ、幾らかは透明になっているということ、先ほど申し忘れたんですけども、実は、日本の審査会に戻りますけれども、福園の弁護士会の人たちが一九九三年から精神保健当番弁護士制というものを行っておりまして、これはあくまでもリクエストがあればなんですけれども、我々のようなアドボケートが行くということではなくて、弁護士さんみずからが患者さんのところに行って話を聞いて、そして代理人になったり、単にお話を聞くというような活動をしております。</p> <p>外国の場合は、そのように公的な資金で非営利団体が、しかも、半数以上が病気の経験を持った人によって運営されているということが大変重要な点だと思います。いろいろ制度の違い、法律の違いがあつて、すぐそれを日本に適用するということは難しいかもしれませんが、こういうものがなければ精神医療審査会に幾ら機能を持たせたとしても絵にかいたもちです。ですから、ぜひその導入に向けての方向性を持った議論を今後お願いしたいと思っております。</p> | |
| | | | | 参考人・小林信子 | <p>任意入院の問題点を指摘されていたこと等</p> | <p>任意入院のことですけれども、実は任意入院というのは、精神保健福祉法の中で全くあいまいな法律の一つの典型だと思っております。みずからの意思を持って入院をするということだけで、ほかに何の規定もございません。これは非常にある面では人権侵害の温床になっているというのは事実です。その方たちの半数以上、六〇％近くが閉鎖で処遇されているというのも当然わかるような気がいたします。</p> <p>というのは、みずから意思を持って入院したい、精神病院で休みたいという方だけが任意入院ではないわけです。ノーと言わない人を入れるとか、そういうふうな病院によって大変逃げ道がある手段が任意入院なわけです。</p> <p>これは、例えば精神医療審査会における定期審査のチェックから免れております。何もしないで構わないわけです。そして閉鎖に入れておく。ですから、先ほど閉鎖処遇に入っている人も出たい人は出られるだろうという御意見が参考人の方からありましたけれども、精神病院というのは収容所ですから、大体個別処遇というのはほとんどありません。大体がグループとして、一団として処遇をすることがとても多いと思っております。もちろん個別処遇があるところがありますけれども、原則として開放処遇をするべきだと思っております。</p> <p>ですから、任意入院で病院に入つてぐあいが悪くなったときには、それは大変でも手続をして、ちゃんと医療保護入院にして法律の網をかけるというか、審査会なりなんなりに不服申し立てができるようなものにしていかなければならないと思います。</p> <p>私たちのところに相談に来るのは、任意入院だけれども精神医療審査会に申し立てたいという相談が随分あります。それは、自分たちが閉鎖処遇されているからです。ところが、今の法律では、任意入院の患者さんたちの訴えは精神医療審査会には受け付けないことになっております。ですから、何もできないということです。</p> <p>もう一つ、保護室の問題ですけれども、保護室があればあるほど利用されるというのは事実です。それからもう一つ恐ろしいことに、私は医療者ではありませんから保護室がどういふ役割をとってきたのかよくわかりませんが、確かに、暴れた患者さんを静めるという作用が精神医療の中において必要だとは思いますが、今余りにも保護室が安易に活用されています。自分が納得して入ったはずなのに医療保護入院にさせられて、注射を打たれてもかく保護室に入れられる。保護室を通過することが一つのルートになっている、一つの治療のルーチンになっているという病院が私たちの方には随分寄せられております。</p> <p>保護室というのは本来そういう役割を持つべきものではないでしょうし、私はよくわかりませんが、保護室がない病院というのがあります。ですから、保護室の数とか何かを最低限にして、できるだけ保護室を使わない、そのためにはマンパワーといふ質の医療の提供が不可欠だと思っております。</p> | |
| 第145回 | 参議院 | 国民福祉委員会 | 11号 | 平成11年4月27日 | 議員・朝日俊弘 | <p>精神保健福祉法改正時の附帯決議</p> <p>私は、ただいま可決されました精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案に対し、自由民主党、民主党・新緑風会、公明党、日本共産党、社会民主党、護憲連合、自由党、参議院の会及び二院クラブ・自由連合の各党派共同提案による附帯決議案を提出いたします。</p> <p>案文を朗読いたします。</p> <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案）</p> <p>政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。</p> <p>一、今後の精神保健福祉施策を進めるに当たっては、他の障害者施策との均衡や雇用施策との連携に留意しつつ、障害者プランの着実な推進を図ること。</p> <p>二、医療保護入院については、国連原則等の国際的な規定に照らし、その適切な運用に努めること。</p> <p>三、医療保護入院等のための移送の実施に当たっては、適正な運用が確保されるよう必要な措置を講ずるとともに、都道府県の責任において適切な入院治療が提供できるよう二次医療圏を勘案し、その体制を整備すること。</p> <p>四、市町村を中心とする在宅福祉サービスの充実が図られるよう、財政的な支援を行うとともに、専門的・技術的な支援を行うこと。また、市町村障害者計画の策定について市町村が主体的に取り組むことができるよう、積極的な支援を行うこと。</p> <p>五、精神病床に係る人員配置基準、医療計画その他の精神医療提供体制及び長期入院患者の療養の在り方について、早急に検討を行うこと。</p> <p>六、チーム医療及び精神保健福祉サービスの一層の推進を図るため、人材の育成・確保に努めること。また、現在検討中の臨床心理技術者の国家資格制度の創設については、速やかに結論を得ること。</p> <p>七、重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を行うこと。</p> <p>八、精神医療審査会がより適正な機能を発揮し、独立性と実効性を確保できるよう努めるとともに、合議体の構成についても検討すること。</p> <p>九、成年後見制度及び社会福祉事業法等の見直しとの動向を踏まえ、保護者制度及び精神障害者の権利擁護制度の在り方について、引き続き検討を進めること。</p> <p>十、小規模作業所については、社会福祉事業法の見直しの中で、通所授産施設の要件緩和が検討されていることから、その検討結果を踏まえ、通所授産施設への移行を促進すること。</p> <p>十一、精神病院における不祥事件の多発に鑑み、適切な医療を確保するとともに、医療機関等の情報公開の推進と精神病院の指導監督の徹底を図ること。</p> <p>十二、精神障害者に関する各種資格制限の緩和と撤廃について検討し、その結果に基づいて、速やかに必要な措置を講ずること。</p> <p>右決議す。</p> <p>以上でございます。</p> <p>何とぞ、委員各位の御賛同をお願い申し上げます。</p> | 甲B125 |
| 第145回 | 参議院 | 国民福祉委員会 | 10号 | 平成11年4月22日 | 議員・朝日俊弘 | <p>医療保護入院の要件を明確化しなければ国連原則に反する旨を指摘されていたこと等</p> <p>医療保護入院については、決して安易に行われることがないようその要件をできる限り条文にも明確に書いてほしいし、条文で書きつづらうところがあれば、それ以外の方法でもってきちんと要件を明確にしていくという作業がぜひとも必要だというふうには私は考えています。</p> <p>それは、改めて申し上げるまでもないかもしれませんが、国連がもうかれこれ十年ほど前に、一九九一年でしたか、精神障害者のための原則を決議しておりまして、その原則の中に一項目、精神障害者の非自発的入院についてこんなふうにして書いてあるんです。</p> <p>要するに、どうしても非自発的に入院させなければいけない状態がある、しかしそれは非常に本人にとってもそれから他人にとっても差し迫ってこのまま放置していただくと、どういふ状態がある、しかもその人を入院させなければならぬという状態が悪くなるだろうということが見込まれて、しかもほかにとるべき手段がないという場合に限りて非自発的入院というふうになり、かなりどくどくというか、きつちりとその要件を書いているわけです。そういう国連の原則に照らし合わせてみると、今回の精神障害者により本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないかと判定されたものという規定ぶりだけでは、どうも範囲が拡大されていく、あるいは安易に広げられていく危惧なしとしない。</p> <p>ですから、申し上げたいことは、国連の原則をきつちと念頭に置いて、可能な限り法律の中に、あるいはその運用のための政令や通知の中にこの趣旨をきつちと盛り込んで、医療保護入院の適正な運用を図るようになすべきだというふうには思います。</p> | 甲B124 |
| | | | | | 議員・朝日俊弘 | <p>任意入院の要件を明確にする必要性を指摘されていたこと等</p> <p>気になりますのは、本人の同意ということについて、昭和六十三年五月付の通知によりますと、本人の同意とは「自らの入院について積極的に拒んではない状態をいう」と、だから、積極的に拒んでいなければ同意というふうになるのは、いいか悪いのか、両面どうしてもあると思うんです。例えば、極めて理解力が低下して、お医者さんから説明を受けても、そのことを必ずしも十分受けとめられなくて、返答に困って黙っているような場合とかも、いや、これは積極的に拒んでいないんだから同意いただいたと、これはやや無理があるのではないかと。</p> <p>今回、医療保護入院の要件を明確化するその書きぶりの中に、本人の同意が得られない場合についてというふうには任意入院の要件を持ってきたものですから、これはセットで要件を検討し直す必要があるのではないかと私は思うんです。趣旨としては、任意入院の要件についても、あわせて、その概念というか、定義というか、考え方についてもう少し厳密に、しかも明らかにしていく必要があるのではないかと私は思うんですが、いかがですか。</p> | |
| | | | | | 議員・清水澄子 | <p>精神医療の診療報酬の問題点を指摘されていたこと等</p> <p>次に、精神障害者を重度化させないために早期の専門的な精神療法を受診するというのは非常に効果的であると考えられます。しかし、現状の通院精神療法の診療報酬点数というものは非常に低いわけです。このことが大都市以外の精神診療所の開設の難しさを、薬物主体の治療の先行といった現象につながっていると言われていたわけですが、私はやっぱり一般医療と精神医療の診療報酬に差があるのは問題だと思います。</p> <p>今、厚生省では診療報酬の見直しを行っておられるわけですが、その審議の中では医療にあらわれない医療の技術者を評価すべきとの意見が非常に多く出ているわけですので、この機会に私は診療所への通院治療を不可能にしている精神病床外への取容禁止規定などをなくすとか、それから精神療法の点数を引き上げるとか、そういうことをぜひ努力していただきたいと思いますが、いかがですか。</p> | |
| | | | | | | <p>次に、強制的な入院に伴い、または今の精神病院の状況から見て拘禁的な状況が存在する、そういうときにはやはり上告とか審査とか監視というのは、国際的な人権基準では必ず備えていなければならないセーフガードであると思うんです。その意味では、精神医療審査会は審査機関に該当するものだと思います。</p> <p>現在の精神保健福祉法は、人権擁護を重視するとして何回も法改正を行ってきたわけですが、実際には精神病院における人権侵害事件というのは後を絶たないわけですから。その理由には、やはり精神障害者に対する偏見とか隔離主義とか、そういう根強い差別的なものであると思います。同時に、上告制度もなく、これ自体が国際基準から大きくかけ離れているというところにも大きな問題があると思います。さきの委員会のときにも、審査会の構成メンバーに当事者の意見を反映させる人を加えるべきだということを求めましたけれども、それは審査会の機能のみでは限界があると思います。</p> <p>そこで、厚生省は、地方自治体が行う医療監視とは別に、厚生省直轄で任命するチームをつくって病院の抜き打ち検査や指導とか処分について厳しい監督機能を持つべきではないか、それを実行すべきではないかと考えます。同時に、拘禁されている患者さんのプライバシーを保障した上で、入院から通院、生活全般に及ぶ状況に関して患者の人権を擁護する、聞き取る、そういう監視制度の新たな設置が必要になってきている、そういうものをぜひつくっていくべきだということを私は提案したいと思うんです。</p> | |

| | | | | | | |
|-------|-----|---------|----|------------|--|---|
| | | | | | <p>国務大臣・宮下創平</p> <p>国も、都道府県に委ねるのではなく、自ら責任を果たす必要性を認識していたこと等</p> | <p>現在の精神保健福祉施策は、御承知のように基本的に都道府県と保健所で行うことになっておりますが、今回の改正におきましては、市町村を主体にして、実施主体は市町村がやるということで、これを十四年度から実施する予定にいたしております。</p> <p>そこで、では国としては何をやるかということですが、全国的あるいは総合的な見地からの制度の企画立案等、これは当然国が先導的にやらなくてはなりません。それから、都道府県におきましても、措置入院とか精神医療審査会など保健、医療に関する事項を中心として専門性のあるもの、あるいは広域的な見地から立案したり指導しなければならないこと及び市町村の支援、これは県にもっとやっていただくということで、市町村におきましては今申しましたようにもっと身近な地方公共団体として在宅福祉サービスの提供などの地域生活支援を扱っていただく、こういうことになっております。</p> <p>そのほか、地域生活支援センターを法定化したしましてこれを設けるとか、あるいはいろいろ議論をいただきましたように居宅介護事業、ホームヘルプサービス、あるいは短期の入所施設、ショートステイ施設等を法定化するというようなことなども行いまして、また市町村に相談、助言等もやっていただくようになっております。</p> |
| | | | | 議員・堂本曉子 | <p>精神病院の閉鎖性を指摘されていたこと等</p> <p>先日、参考人の四人の方々にいろいろ現場からのお話を伺いまして、改めて精神医療の現場の御苦労を感じた次第でございます。特に日本の場合は、宇都宮病院という病院の中で殺人が起こり、そこで大変人権が侵害されたということが国連の人権委員会でも問題になった。それから十数年の歳月がたったわけですが、参考人の御発言を伺って、改めてまだ難しい問題がいっぱいあるんだなということを感じました。</p> <p>非常に私が大事だと思いましたが、谷中参考人がおっしゃったことで、ぜひとも病院の中へ第三者が立ち入ることができるようなことが大変大事であるというふうにおっしゃいました。私も実は、国の内外の精神病院をずっと記者の時代に取材して歩いて、なかなか病院の中に、ほとんどと言っていると思いますが、ほとんど病院の中に入ることができませんでした。やはりそれが病院の中でそういった人権侵害を起こしているんだというふうな当時から痛感したわけですが、ちょうど日本精神科医協会の河崎会長がおられたので、今後は私も中に入りたい、それからいろいろな第三者が中に入りたいというときは門戸を開いてほしいということをお願いしたところ、それは必ずやります。これからもう一回通知を出してもいいということでもおっしゃいました。私は、大変それはうれしく伺ったんですけども、厚生省としてもそのことを担保していただくことがこれからのそういった人権を守るという観点からとても大事だと思います。</p> <p>これは大臣にぜひお願いを申し上げたいんですけども、これから精神病院の中、とても大切なところもあるかもしれませんけれども、原則論として、精神病院の中に例えば地元の審査会の方ですとか、それから弁護士さんですとか、そういった人、あるいはいろいろな人がいると思いますが、病院の中に入っていただくことをぜひとも担保していただきたいと思いますか、いかがでしょうか。</p> | |
| | | | | | <p>人権という観点から精神医療制度を構築する必要性を指摘されていたこと等</p> <p>ぜひともよろしくお願いたします。</p> <p>やはり、ドクターの判断がすべてであるということが人権侵害につながっていくということがありまして、メディカルモデルが強過ぎる。やっぱりそこにもう少しリーガルモデルと申しますか、そういった領域が担保されませんと、なかなか人権問題は進歩しない。</p> <p>例えば、ただだて人間ですから好き嫌いがあるわけで、ドクターやナースからにまられることが一番怖いと言った患者さんもおられました。そういったことが拘束につながりやすいわけで、やはりそこに第三者の公正で公平な目が私は必要だというふうな思っております。</p> | |
| 第145回 | 参議院 | 国民福祉委員会 | 9号 | 平成11年4月20日 | <p>政府参考人・池原毅和</p> <p>保護者制度の廃止を指摘されていたこと等</p> <p>精神保健福祉法等の一部改正の御審議に当たり、意見を述べさせていただく機会を賜りましてありがとうございます。</p> <p>私は、財団法人全国精神障害者家族連合会、略称全家連と申しておりますけれども、その団体の常務理事をしておりまして、今回の法改正に当たりましては、公衆衛生審査会精神保健福祉部に設置されました精神保健福祉法に関する専門委員会の委員として、昨年、精神保健福祉法の問題点をいろいろと議論させていただき、ことし二月十七日付の公衆衛生審査会の答申には、審査会の委員としてかわらせていただいております。</p> <p>今回の法改正は、精神病者監護法ができてからおおむね百年、精神衛生法がつけられてから約五十年、さらに精神保健法になりましてから十年目という大きな節目に当たる法改正でありまして、内容的にも大変歴史的な意義を多く含んだ改正が行われるものと期待しております。</p> <p>今回の法改正の全体につきましては、今後とも、より望ましい精神医療、福祉のあり方を目指した法改正の努力を継続していく必要があると考えますけれども、二十一世紀に向けてあるべき方向を示す法改正の第一歩として、全体的には評価できる改正内容であるというふうなところで考えております。</p> <p>私どもが第一に評価したいと思いますのは、保護者制度に初めて実質的な手直しを加えられたという点であります。</p> <p>全家連の家族の生活実態調査は、お手元にお配りしたレジュメに統計数字が示されておりますけれども、保護者をしている人の約八割は父または母でありまして、その年齢は、六十歳以上が六三・八％、七十歳を超える人が約三割、年収三百万円以下の方が半数を超え、年金生活者が約四〇％、健康状態が良好でないという人が三割を超えているという状況であります。</p> <p>現行法は、病に悩み、障害に苦しむ精神障害のある人、こうした高齢で、経済的基盤も十分ではなく、健康状態もすぐれない老父母に対して、若いにもお障害のある子のみならず支えよと命じてまいりました。こうした旧来の保護者制度のあり方は過酷であり、障害者家族の分裂を招き、精神障害者の自立を支える方法としては極めて不十分で、前近代的方法であったと評価するしかありませんでした。</p> <p>こうしたことから、全家連では、保護者制度を廃止し、地域医療、地域福祉あるいは公的な後見制度の支えのもとで、本来の意味での精神障害者の自立の支援を図り、精神障害も特別な病気や障害ではなく、家族の誰れかが一般の病気や障害になってしまった場合と同じように、法による強制や法による義務ではなくして、家族が本来持っている愛情によって接することができるようになることを実現していただきたいとお願してまいりました。</p> <p>保護者制度の廃止は、精神障害者に対する法制度のあり方を、一般医療と一般の障害者福祉施策の通常を取り扱い方と同等にさせていただくという意味で、ノーマライゼーションの実現という意味も持っているとして申し上げてよいと思います。</p> <p>法改正案では、保護者制度の廃止までは実現されておりませんが、保護義務を果たすべき時期が限定され、自傷他害防止義務を削除するとしております。これは、保護者制度廃止への第一歩として評価できるものであります。殊に精神障害者御本人の自己決定権の保障という観点から見たとき、今回の保護義務の限定は重要な意義があると考えます。</p> <p>レジュメの「精神障害者の実像」というところの数字をごらんいただきながらお聞きいただきたいと思いますが、精神障害者数二百七十七万人に対して、医療保護入院になっている方は十万人弱、措置入院になっている方は五千人弱であります。医療保護入院者を、自主的に治療を受け入れることが困難な方々、つまり判断能力が損なわれている状態にある方々を見ますと、その割合は全体の五％以下であります。また、措置入院者を自傷他害の危険のある方々と考えれば、その割合は全体の約〇・二％にすぎません。精神保健福祉法第二十二条の保護者の治療を受けさせる義務というのは、本人に判断能力が損なわれているために、自主的な治療が成り立たないときに必要になるわけですから、それは精神障害者全体で足りるというふうになります。また、自傷他害防止義務については、〇・二％の可能性のために精神障害者全体を危険視し、保護者に監督義務を課すことで、どれほど多くの精神障害者に偏見とスティグマを課すことになるか、立法政策上、その弊害を知らなければならないと思います。</p> | 甲 B123 |
| | | | | | <p>利害相反者である家族が同意者となる医療保護入院の問題点を指摘されていたこと等</p> <p>第二に、家族として注目しておりますのは、改正案三十四条の医療保護入院のための移送の規定と、三十三条の医療保護入院の要件であります。</p> <p>移送につきましては、(略)</p> <p>九九年の国連の精神障害者の保護及びメンタルヘルスマスク改善のための原則においても、精神障害者に対してインフォームド・コンセントを行うべきことを強調した上で、しかし例外的にインフォームド・コンセントが行えない場合について規定をしております。</p> <p>私は、現行法で問題だったのは、この原則と例外を区別する基準を法が責任を持って明示していなかった点にあると考えております。そのために、熱心さから、あるいは思い余って、民間警備業者などを使って精神障害者を強制的に病院に搬送させる事態や、逆に医療にアクセスできないままに病状が悪化している人を、責任追及を恐れて放置してしまう、関係機関の職員の仕事なれ主義とも見える姿勢などが見られないではありませんでした。こうしたむやみな強制や無責任な放置を防ぐためには、法律が責任を持って適時に適切な医療を保障するためには、どのような基準で本人の自己決定を保障していくのかということを示すべきであると私は考えます。この点で、移送の規定を新設したことは評価できると思います。</p> <p>また、改正法案が、医療保護入院について、本人に同意能力がなく自己決定ができない場合であることを示す趣旨で、任意入院が行われる状態にない場合という要件を加えることにしている点も、インフォームド・コンセントの原則と例外を基準化するものとして評価できるものと考えます。</p> <p>ただ、これらの規定には残された課題もございます。</p> <p>まず、移送も医療保護入院も、保護者制度を前提とし、保護者の同意を要件にしております。しかし、入院を拒否し家族と葛藤関係にある本人に対して、家族が保護者として強制権限の発動にいわばゴーサインを出すということが、家族関係に深い心の傷を残すことは容易に想像できることです。また、入院について利害が対立する関係もあり、葛藤関係にある一方の者に強制権限発動のゴーサインを持たせるといことは、精神障害者の人権を守る上で適切な方法とは言えません。さらに、医療保護入院については、入院を強制できる根拠がどこにあるのかも実ははっきりしておりません。こうした点では、これらの規定は、将来的にはよりよいものにしていく努力が必要であろうと思います。</p> <p>こうした観点から、レジュメでは一ページ目の下の「残された課題」というところでございますが、六点左右、今後の課題としてお願したいことを列挙しております。</p> | |
| | | | | | <p>法改正によっても社会復帰施設の不十分を指摘されていたこと等</p> <p>第三に、改正法案が、精神障害者の地域福祉の面において、市町村という身近な行政単位にその業務を担っていただく方向を示したこと、また精神障害者居宅生活支援事業等を定めたことなど、ようやく精神障害者も一般の障害者と同じように、地域の福祉資源を使って地域社会で自立生活の営んでいく兆しが見えてきたように思います。精神障害者の地域福祉の促進という面では、法制度上のメニューはほぼ出そろってきたものとも言えると思われませんが、量的に少なからず問題の要点があると思います。</p> <p>三十万人を超える入院者の数は、精神衛生法が精神保健法に、そして精神保健福祉法に変わっても、相変わらずほとんど変化していません。その大きな原因の一つが地域の社会資源の不足にあることは疑いのないところです。精神障害者数二百七十七万人に対して、身体障害の方と知的障害の方を合わせた数は約三百六十万人になります。他の二障害者の数は精神障害者の数の一・六五倍ですが、法定施設の種類では七倍、箇所数は十倍、定員数では四十倍を超えるという報告もござります。</p> <p>ちなみに、レジュメの二枚目に、施設について障害者白書から抜き書きをしたものを示しましたが、ほかの障害と比べて精神障害の方に対する福祉施策がまだまだ量的に不十分なことは明白と言ってよろしいかと思います。</p> <p>精神障害者が障害者として法的に認知されましたのは平成五年の障害者基本法によることを思いますと、精神障害者の問題が余りにも長く医療だけで解決されるべき問題であるとされ、福祉的な援助の必要性に対する認識が遅かったことが、長期入院者を残存させ、社会的入院の解消をおくらせている原因であったと言っても過言ではないと思います。</p> <p>また、地域で自立した生活を実現していくためには、所得保障という面も極めて重要な課題であります。精神障害の場合は、初診時のカルテが保存期間を経過して廃棄されてしまっていたり、年金払い込み前の二十歳を過ぎた学生時に発病する場合も少なくないなどの理由から、障害年金を受給できないいわゆる無年金者問題も存在しております。</p> | |
| | | | | 政府参考人・山本深雪 | <p>任意入院の問題点を指摘されていたこと等</p> <p>山本深雪です。</p> <p>本日の意見提供の場をつくっていただきましたこと、ありがとうございます。</p> <p>私は、大阪府の精神医療人権センターの事務局長の仕事をしています。片方で、大阪府精神障害者連絡会のネットワーク委員もしておりまして、大阪府下の府の精神保健福祉審査会のお仕事もしています。その両方の立場から本日は意見提起をさせていただきたいと思っております。</p> <p>まず初めに、先日の委員会でも西川先生の方から取り上げていただきましたが、九三年二月に大阪の大和川病院の中でIさんが死亡するという事件が発生しました。病院の転院後ですね、その事件が報道されたことを受けて、私たちは中の医療の質がどうなっているのか非常に心配しました。それで、中からの訴え、職員さんからの訴え、遺族からの訴え、それらを一一つ丁寧に聞き集めていく作業を今まで積み重ねてきております。</p> <p>その中で、できたこと、わかってきたこと、見えてきたこと、そういう大きく気になることが何点あります。それらを整理して申し上げたいと思います。</p> <p>まず一つは、大和川病院という病院は、精神科全体にそうだとはいえませんが、任意入院の患者さんが約八五％を占めていたにもかかわらず、全員が門の外に出ることはできていませんでした。私たちが当初面会に訪れた九三年の二月のときにも、病棟の外に出ることのできる、かぎのかかっていない病棟は一病棟しかありませんでした。事件の発生した病棟は終日完全閉鎖病棟でした。</p> <p>入院患者が百人いるにもかかわらず、時には夜勤の職員が女性一名しかいない、そういうふうな日もあって、特にそういう夜勤の時間帯は怖い、そういうふうな職員からの訴えも多く聞きました。</p> <p>つまり、精神科の特色というのは閉じ込められているということです。中に入ったときに、片方で利用者とか精神医療の消費者であるというふうな思いながら取り組みをしていきたいと私も思いますが、でも現実には閉じ込められている、そう思うしかないという現実があります。任意入院という入院形態で入っているにしろ、自分の意思で入ったという、その部分がきちんと担保されるような現在の法制度ではありません。</p> <p>ですから、結局、医療機関の中で起こってしまった時やみ、それが死亡、患者同士のけんかや、あるいは職員が目で合図することが患者への指示につながるというふうな、非常に時代錯誤のような空間がこの日本の中にもまだ残っている、そういうことが明らかになったということだと思います。</p> <p>何があれはそうした事態を防ぐことができたのか、一生懸命考えました。一番大切なのは、あの病棟の中に第三者が日常的に入り込むことができなければ、まるっきりあのような病棟構造、病棟の中の人間関係にはならなかったはずです。閉鎖され切った空間が成立していたことに対して、やはり一番重要だったのは人が入っていくこと、それによって中の実態を知っていくこと、そういう取り組みを日常的にする人がいたかというところの問題点を一番目に強く感じました。</p> <p>二番目には、精神医療審査会という制度があって、電話相談窓口の電話番号が掲示されているわけですが、大和川病院の中に入っている患者さんたちは百人で五百円を使うしかない状態でした。つまり、小遣い銭が本人に渡されていません。そういう病棟は今もたくさん見受けられます。そういう中では、審査会という制度が片方でありながら、実態においては、みずからの気持ちでかけたかと思ったときに電話がかけれない状況が今も現場にはあるということです。決して大和川病院だけが特別ひどい状態であったというふうには私たちが認識していません。</p> <p>確かに、日曜、祭日の面会をさせないとか、あるいは電話できる時間帯が夜の七時から八時の一時間に限られるとか、そういう非常に恣意的な、通信・面会の自由を奪い取るような行為をする医療機関というのは数が多いわけではありませんが、でもやはり今の現状においても、そういう職員サイドあるいは医療機関の経営者サイドあるいは恣意的に電話すら使えない状態が発生しているという訴えは今も届いています。</p> <p>ですから、法文上明記されている通信・面会の自由、通知、通達で明記されていることと、現場において発生しているずれとをきちんと見抜いていく、仕事、そういう業務をきちんとしていくことが大切だろうというふうな感じました。</p> | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|-------|-----|----------|----------|---|--|-------|
| | | | | | 政府委員・谷修一 | いたこと等 | <p>[上記の質問を受けて]</p> <p>社会復帰施設の箇所数でございますが、平成四年度の数字でちょっと申し上げさせていただきます。援護寮につきましては、施設数が四十六、定員が約九百二十名、精神障害者福祉ホームにつきましては、施設数が六十四、定員が約六百四十名、精神障害者授産施設につきましては、施設数が五十一、定員約一千名となっております、これらの定員を合計しますと約二千五百六十名ということになっております。なお、福祉工場につきましては、平成五年度からその整備について予算を計上いたしまして、今後この整備を進めていくということにいたしております。</p> | |
| | | | | | 議員・児玉健次 | 国も社会復帰施設の整備が不足していること等 | <p>定員が約二千五百六十名。それで小規模作業所は、一昨日の御答弁の中で全国約六千カ所、聞いてみますと大体十人ないし二十人、十五人として約九千人。それらをプラスしても、この社会復帰施設で懸命に苦勞なさっている方々の数は一万人を幾らか上回る程度でしかない。これは大臣にもよく聞いていただきたいし、大臣のお考えも伺いたいのですが、いまだにこの程度にとどまっている。なぜ施設の整備が進まないのか、原因はどこにあると厚生省はお考えでしょうか。</p> | |
| | | | | | 政府委員・谷修一 | | <p>[上記の質問を受けて]</p> <p>精神障害者の社会復帰施設につきましては、五年前、前回の法改正において初めて法律に規定をされ、そのときからスタートしたということでございます。歴史的に申せば、まだ五年しかたっていないわけでございます。先ほど来の御質疑にもございましたが、私どもとしても、この整備が非常に重要な課題であるということをご認識をされる一方、非常に不足をしているということをご認識をしております。</p> <p>その原因ということでございますが、やはり幾つかあると思います。私どもが一つ考えなければいけないのは、今まで他の障害者の社会復帰施設にはなかった運営費についての設置者の自己負担というのがあった。これは非常に大きな障壁であったと思います。それから、これも再三申し上げているところでございますが、何といたしても精神障害者に対する国民の理解あるいは地域の理解というのが現実にはなかなか進んでいない。いざ施設をつくろうと思うと、その場でなかなかうまくいかない場合があるというような話も具体的例として伺っているところがございます。そういうようなことが一つの問題としてあったというふうになっております。</p> <p>おかげさまでこの設置者負担につきましては、平成五年度におきまして地方交付税によって手当てをしていただきまして、運営費の負担というのが解消されたわけでございますので、私どもとしては、この問題については、これを契機としてさらに積極的な設置の促進ということを進めてまいりたいと思っておりますし、もう一つの国民の理解あるいは地域の理解ということについては、これも広く精神障害者の問題を正しく理解をしていただく、あるいはそのための知識の普及なり啓発活動を積極的に進めていくということをやっていく所存でございます。</p> | |
| 第126回 | 衆議院 | 厚生委員会 | 14号 | 平成5年6月2日 | 議員・衛藤晟一 | 平成5年の時点でも社会的入院が存在し、社会復帰施設が不足していると指摘されていたこと等 | <p>精神保健法について質問させていただきたいと思っております。</p> <p>精神保健対策は、精神障害者の社会復帰の促進に関する社会復帰対策と、医療を必要とする精神障害者に対して人権に配慮した適正な精神医療を提供するという医療対策、この二点から構成されておりますが、両者は精神保健対策を支える車の両輪として極めて重要なものであります。</p> <p>そこで、以下、精神障害者の社会復帰対策及び医療対策について質問申し上げたいと思っております。</p> <p>まず、社会復帰対策について質問させていただきます。</p> <p>精神障害者の社会復帰対策は、五年前の昭和六十三年七月の法改正において、初めて精神障害者の社会復帰施設が精神衛生法から保健法に盛り込まれました。その意味で、前回の法改正にかかわったところの昭和六十三年というのは、精神障害者の社会復帰対策元年とも言ふべき記念すべき年であったというぐあいに思います。</p> <p>しかし、その間、五年がたったわけでありまして、精神病院においてもいろいろなことがありました。過去においては宇都宮病院事件等の人権上の問題等もありましたし、今後の精神医療というのは、精神障害者の人権に配慮した適切な医療が望まれているというぐあいに思っております。</p> <p>そこで、この人権に配慮した適正な精神医療を確保するためには、入院を必要とする精神障害者に対して、しっかりと入院による適正な医療の機会を提供することが必要であるとするとともに、既に入院医療を終了して退院することが可能となった精神障害者については、速やかに退院をさせて適正な社会生活を営ませていくという、この基本的な考え方が重要ではなからうかというぐあいに思っております。</p> <p>過去、厚生省が五十八年に行った精神衛生の実態調査によりますと、精神病院において入院中の精神障害者について、条件が整えば退院の可能性があるという回答をなされたものは全体の二二%というぐあいに聞いております。現在の精神病院における入院患者数、おおむね三十五万人でありますから、そうすると七万七千人の精神障害者の方が条件が整えば退院の可能性のあるということになるわけでありまして、精神障害者の社会復帰の促進を図り、そして、精神保健法の目的を達成するためにもどうしても不可欠の施設であります。今後とも一層その整備を促進していくことは必要であるというぐあいに考えています。</p> <p>精神保健法の施行から見ますと、今年で九五年を迎えるわけでありまして、これまでにおける精神障害者の社会復帰施設、精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム、精神障害者の授産施設等の整備状況というものを見ますと、援護寮は、昭和六十三年には施設五カ所、定員百名というのが、四年後には施設が四十六カ所、定員九百というぐあいになっております。それから福祉ホームの方は、六十三年には三十一カ所の施設、総定員が三百名であったものが、四年後には施設数が六十四カ所、定員数が六百四十というぐあいになっております。それから授産施設の方は、六十三年には十二カ所、二百四十人、それが四年後には五十一カ所、一千名となっております。</p> <p>そうすると、これで全体措置できる方々というのは二千五百四十名というぐあいになるわけでありまして、条件が整えば退院の可能性があると見込まれる方々が七万七千人いらっしゃるということになると、このギャップは余りにもひどいわけでありまして、五年間たった今も、昨年を見ましてもこういう状況でありまして、ことしも大分この施策というのは進んでいるところではあります、飛躍的にふえているというような状況ではないわけでありまして、これだけ社会復帰施設というものに五年間力を入れて努力をいたしましたけれども、そういうところは評価するのですが、いまだ大変な不足を来しているというのが実情ではなからうかと思っております。今後とも積極的に整備を促進していく必要があるというぐあいに思うところであります。</p> <p>しかし、先ほどから申し上げますように、数値で見ると、七万七千の対象者と現在措置している二千五百四十名というのでは余りにも差があり過ぎる。進展が遅々として進んでいないとも言えるわけでありまして、その原因は何であるというように考えるのか、また、今後とも精神障害者の社会復帰の促進を図るために、積極的に施策を展開していかねばいかぬと思っております。</p> | 甲B113 |
| | | | | | 政府委員・谷修一 | 国も社会復帰施設の整備が遅れていること等の認識であったこと等 | <p>精神障害者の社会復帰施設の重要性につきまして、ただいま先生からのお話ありがとうございました。</p> <p>前回の法改正において、初めて精神障害者についての社会復帰施設を法律に規定をしたところでございますが、私どももその整備促進というのは非常に重要なことだというふうにご認識をしております。ただ、今お話ございましたように、確かに他の障害者の施設等に比べますと、まだ非常におくれているということでございます。</p> <p>その原因でございますが、その一つには、これらの施設の運営費に係る設置者負担というのが今までであったということがあるのではないかと、それから、一般的と申しますか、全般的に精神障害者に対する国民の理解というのが現場においては十分でないというふうなことで、施設がなかなかできないというふうなこともあって、必ずしも整備が十分進んでいないのではないかとこのように考えられるわけでございます。</p> <p>この設置者負担の問題につきましては、平成五年度から運営費の設置者負担が地方交付税の手当てによりまして解消されるということでございますので、これによりまして社会復帰施設の経営の改善というものが図られ、また今後整備が促進をされるというふうにご期待をいたしております。</p> <p>また、今回の法改正におきましては、精神障害者の社会復帰の促進に関連いたしまして、いわゆるグループホームというものを法定化をいたしまして、前回の改正のときには精神医療施設から社会復帰施設へという一つの流れのもとに改正をさせていただいたわけでございますが、さらに社会復帰施設から地域社会へという流れをつくっていきたいというふうにご期待をしております。</p> <p>いずれにいたしましても、精神障害者の社会復帰の促進ということにつきましては、今後とも国民の皆様のご理解を得ながら進めていきたいというふうにご期待をしております。</p> | |
| | | | | | 議員・土肥隆一 | 任意入院において閉鎖処遇が多いと指摘されていたこと等 | <p>質問をさせていただきます。</p> <p>一九八四年、例の宇都宮病院事件が起きました。そして前回、二十二年ぶりに精神保健法の改正が行われまして、五年後の見直しをするべく今精神保健法の改正を審議しているところでございます。</p> <p>昨年、平成四年六月の厚生省の調査では、いわゆる任意入院、これは自発的な入院でありますけれども、六〇・三%となったと報告されております。大変この率が高くなることは精神保健上好ましいことと考えますが、一方で、病院の閉鎖病棟は依然として五八・二%。前回決められました閉鎖病棟の中に公衆電話を置くということですけれども、まだ八七・八%しか置いていない。それから、任意入院でありますからほぼ自由に開放病棟で移動ができるはずなのに、現在任意入院の患者さんが五五%も閉鎖病棟に入っているというふうな統計が出ています。</p> <p>私は、宇都宮病院事件以来、日本の精神病院は処遇やあるいは治療が今日の程度改善、改良されたのかということに興味があるわけでありまして。しかしながら、どうも今日でもなお通信とか面会の自由が十分でなく、また入院時に当然行われなければならない告知のあり方、あるいは指定医が少のうございまして、任意入院の患者さんが保護室に入れられるというふうなときも指定医が診ないで、とりあえず任意入院で入れておいて後で医療保護入院に切りかえるなど、さまざまな具体例、問題があるようでございます。</p> <p>(略)</p> | |

| | | | | | | | |
|-------|-----|---------|-----|------------|--|---|-------|
| | | | | | <p>国務大臣・丹羽雄哉</p> <p>法改正によって精神医療の実態が改善されていないことを認識・指摘されていたこと等</p> <p>議員・五島正規</p> | <p>まず、今回の法改正でございますが、先ほどから御指摘を賜っておりますように、いわゆる社会復帰施設から地域社会へと一歩きもに前進を図っていくことをねらいとしたしまして、特に患者さんを尊重した医療、さらに社会復帰を促進することを目指して、こういうことで法案の御審議を賜っておりますわけでございます。特に、精神病院においてはさまざまなケースがあると思っております。いろいろなケースによって異なっていると思っておりますけれども、精神障害者に対して、きめの細かい医療サービスというものが提供されるということが当然のことながら大変重要なことであります。さきの公衆衛生審議会のお意見におきまして、今後の精神医療に關しまして「より良い環境において質の高い医療を受けること」を目指していく、こういうことが強調されておるわけでありますが、先生に先ほどから御指摘いただいておりますような、非常に実態とかけ離れているのではないかと、こういうことだと思います。この病院につきまちは現在調査中でございまして、今後の調査の経緯を見守って私どもは判断をしななければならないと思っております。大部分の医療機関においては、私どもが目指していることに對しまして十分な御理解を賜り、また地域の住民の皆さん方の御理解を賜りながら、一步一步改善に向かって進んでいると思っておりますけれども、もし先ほどから委員が御指摘のようなことが現に起こったとすれば、この問題は個人病院の問題ではなくて、いわゆる精神医療学全体へ影響を及ぼしかねないような大きな問題であるというふうに、大変厳粛に受けとめております。いずれにいたしましても、私どもは、先ほどから申し上げましたように、患者の人権を十分尊重した精神病院のあり方を今後一層徹底していく考えに立つものでございませぬ。</p> <p>精神障害者は社会の構成員の一員であって、その障害によって差別を受けたり人権が侵されてはならない、こんなことはもうだれもが当たり前のこととして認めているわけでございます。しかしながら、現実には、障害、病気を持った人と、それからその治療を提供する人という輪の中において、よほどきちとしたシステムに支えられないと、こうした関係の中においては、最も基本的な命の問題における差別が生じていることは、やはり指摘しておかなければならないと思っております。先ほどの土肥委員の質問に対する大臣の御答弁もございましたが、そのような甚だしいといえますか、非常にひどい事例が今の日本でもたくさんあってはならないわけでございませぬ。しかし、一九九二年の厚生省の調査でも、現在なお閉鎖病棟が五八％を占めている。また、任意入院であるにもかかわらず閉鎖病棟に入られている患者さんが五五％もいる。一部にはまだ通信、面会の自由も守られていないところが十数％ある。これはすべて厚生省のデータでございませぬ。こうした現実を踏まえて、精神障害者を取り巻く医療の環境というのは非常におかれているということがあるわけでございませぬ。今回の改定によりまして、我が国の精神医療と精神障害者に対する福祉が一定の前進をすることは私も確信いたします。そして、それを願っているわけでございませぬが、なおこのような現状を見る場合、こうした数々の問題がこの法律の改定だけで本当に一掃されるだろうかと思えば、到底そうは考えられないもっとも多くの問題があるというふうに考えます。そういう意味では、やはりこの改定ではまだ不十分であって、早期の見直しが必要だということも考えます。</p> | |
| 第123回 | 参議院 | 厚生委員会 | 13号 | 平成4年6月2日 | 政府参考人・大熊一夫 | <p>精神疾患の慢性患者の医療政策に問題があり、日本の精神医療の抜本的な改正の必要性がある等と指摘されていたこと等</p> <p>本日は貴重な発言の機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。私は、これまでの取材体験に基づいたものを土台にいたしまして、皆様もしかしたら参考にしていただければいいとお話をさせていただこうと思っております。医療法というのは、日本社会が国民に対してどんなレベルの医療を用意するのかという大枠を示す法律であります。それは、私たちが病に倒れたときに、この日本社会が私たちにどんな救いの手を差し伸べてくれるのかということも教えてくれる法律と書いてもよろしいかと思っております。私のことをちょっと申し上げますけれども、私は一九七〇年に、当時は朝日新聞の記者をやっていたわけですが、都内のある精神病院に患者として潜入いたしました、「ルガ精神科」という連載記事を朝日新聞紙上に発表することがございます。それ以来、主に日本の精神科医療と老人科医療に強い関心を持ち続けております。精神科と老人科というのは、いわば慢性化した患者さんを一掃抱えておるわけでございまして、今回の法改正の目玉の一つと言われております療養型病床群というのはまさにこんな入院者の集まる場所ではなからうかと想像できますので、私の取材体験は大いに参考にしていただければいいかと思っております。一九七〇年以後今日までの二十二年間の取材で出会った問題点を思いつくままに述べさせていただきます。日本の慢性患者を対象といたします医療の現実を一言で表現すれば、安かろう悪かろうでも申しませぬ、とにかく看護や介護の人手を十分にかけないことに特色があるように私は思えます。その結果、現実とは違ったものであります。例えば、まず精神病院のことを申し上げますが、日本の多くの精神病院で作業療法の名のもとに、本来は病院職員がすべき仕事を入院者に任せられてしまっているという事実がございます。これを否定する人はもはや少ないだろうと思っております。作業療法というのであれば、患者さんが働く、働かないに関係なく病院機能は維持できるように本物の職員が配置されていなければおかしいのですが、現実には患者さんが働かなければ病院機能が滞ってしまうような事態は幾度も見られるわけでありませぬ。こうした現実も減少傾向にあるとはいえず、恐らく今日でもまだ残っていることだと思っております。ここで問題点ははっきりしております。厚生省が決めた職員配置の基準が余りに低過ぎるわけでありませぬ。低過ぎて、病院がその基準をもし守ったとしても、十分な精神科医療はできないというわけでありませぬ。一部の良心的な精神病院なんですけど、その低い水準の職員さんで働かざるを得ないという現実もございませぬ。しかし、そうした頑張りは労多くして報われるものが少ないわけでありませぬから、決して普通化はいたしません。日本の精神病院が国際的に見て開放率が大変低いと、まだまだ収容病床を大いに残しているとかいうのも、もとははといえばここに最大の原因があると私は思っております。また志の低い経営者が安心しきりというふうなことも、こうした医療環境全体のレベルを低くしてきてしまっているからではないかと、そういうふうにも私は思っております。日本の精神病院というのは、過去二、三十年の間にしばしば暴力事件を起こしております。ここでいう暴力というのは、何年か前に国際的にも問題になりました宇都宮病院事件に象徴されるような、つまり病院職員が入院者を殴るとか殺すとかいった暴力のことでございます。これも職員さんの少なさと無関係ではないと思っております。不十分な人手で入院者を管理しようというのであれば、どうしてもかぎや鉄格子が必要になるわけでありまして、幽閉される立場からいいますと、不安感とか不快感は行動であらわすということになりまして、それを抑えるには職員の側も強い姿勢をとらざるを得ない、つまりどうしても暴力が必要になるという、そういう必然性がそこにあるわけでありませぬ。このような事件が起きたとき、いつも一部のふらちな病院が例外的な問題を起したんだと片づけられる傾向にございませぬけれども、本当は日本の医療体制が構造的に病んでいるのだ、そういうふうには考えないで解決の光明は見出せないのではないかと、私はそういうふうにも思っております。この日本社会では、精神科の患者さんが不幸な事件を起こしたときに、患者さんを危険視する声のみが突出してまいりますけれども、実は事件の背後にもこうした極端に貧弱な精神科医療体制があって、精神科医療を信用できない気の毒な病気が世の中にたくさん出してしまう、医療の網からこぼれ落ちてしまうような人が大勢出てしまう、そういう事実を私たちがもっと知るべきではないかと、そういうふうにも思っております。このような不幸な事件を減らす道は二つあると私は思っております。一つは、患者を片っ端から捕らえて閉鎖空間に徹底的に閉じ込めることであります。この野蛮な方法は何世紀も昔から今日までずっと続いてきたわけでありまして、それが精神病院の歴史そのものと言っても間違いではないと思っております。しかし、この方法をとり続けたのでは暴力的な雰囲気とは縁が切れないということでもありませぬし、それから患者さんも医療を信用しませぬし、そうなりますと病院や医師に患者さんが近づかないということにもなります。そうなりますとさらに今度は状態の悪くなった人が孤独のふちに沈んでしまつて最悪の事態を招く、そういうことが十分に想像できるわけでありませぬ。それから、拘禁状態が精神科の医療にとって大変なマイナスであるというところは、もう今や世界じゅうの専門家の認めるところであります。それから拘禁が絶大な人権侵害であるということももう言うに及ばないことでもあります。しかし、患者の人権が叫ばれますと、決まって不幸な事件の被害者の人権はどうしていいのかという御意見がよく出てきます。しかし、被害者の人権を大切にしようというのは加害者を懲らしめようということではありませんで、それは不幸な事件を未然に防ぐことによって被害者を減らすということにならないかと、文明国家としてはちょっと恥ずかしいのではないかと、そういうふうにも思っております。不幸な事件を減らす、なおかつ患者の人権も守るとなれば、それはもう一つの道、第二の道、つまり患者に対してやさしい医療体制、患者から頼るような医療体制をつくり上げることでもあります。それこそが事件の起さなく医療環境というわけでありまして、それはイギリスやカナダやイタリアやスウェーデンなどの地方自治体でその手本を見つけないとできませんと思っております。患者から信用される医療体制には今よりも多くの人手が必要であります。現在の精神科医療の人手は患者を拘束するのに十分とは申せませぬけれども、とにかく開放的な雰囲気の中で本格的な治療を目指すとなれば、お話しにならない少なさと申すべきであります。これはこの日本で患者によかれと努力している開放型のまじめな精神病院がたくさん、たくさんとは言わないまでもございませぬけれども、そういう病院を一度でもご紹介いただけますと、だれでも納得いくことではないかと思っております。今回の医療法の改正で精神科の根本的な改善に関する話が余り聞かれないというのは、正直言って私は大変がっかりしているところでもあります。</p> | 甲B112 |
| 第116回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 5号 | 平成元年11月28日 | 議員・菅野壽 | <p>診療報酬の改定の必要性が指摘されていたこと等</p> <p>この十一月、日本精神神経学会理事長その他の精神医療の関係者から、精神科の診療報酬について要望書が出されております。これは昭和六十二年七月より精神保健法が施行されましたが、新法の法意を実現するために精神医療の技術料を適正に評価すること等を要望するものであります。この趣旨等を踏まえて、次の点について御意見を承りたいと思っております。</p> <p>一つは、精神科精神療法等技術料を適正評価すべきではないか。第二点は、社会復帰の充実のため精神科生活適応療法等の点数を設けるべきではないか。第三に、精神科通院カウンセリングの点数算定における制限を緩和すべきではないかという点でございませぬ。承りたいと思っております。</p> <p>精神医療に係る診療報酬につきましては、技術料の重視、また社会復帰の促進という観点に立つて考えるべきことは御指摘のとおりであると考えております。昭和六十三年四月に行われました診療報酬の改定の際におきまして、このような考え方に基づきまして各般にわたって充実を図ったところでございませぬ。ただいま御指摘のありました事項につきましては今後検討すべき内容というところでございませぬけれども、今後とも基本的に社会復帰の促進という新しい精神医療の方向に沿った診療報酬の合理化を行うことが必要であると考えておる次第でございませぬ。御指摘の趣旨を踏まえながら、現在、中央社会保険医療協議会においても診療報酬の合理化についての御議論が行われているところでございませぬので、中央社会保険医療協議会の御意見を伺いながら十分に検討を進めてまいりたいと考えております。</p> | 甲B111 |
| 第109回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 9号 | 昭和62年9月18日 | 議員・本岡昭次 | <p>昭和62年の時点で日本の精神医療政策の抜本的な転換の必要性を指摘されていたこと等</p> <p>私は、政府提出の精神衛生法等の一部を改正する法律案に対して、原案に賛成する立場から若干の質問をいたします。(略) 厚生大臣は、今回の法改正をもって日本における精神障害者元年といたしたいと私どもの前で発言をなさいました。私も、ぜひそうあってほしいと念願するものであります。しかし、そのためには、当面、また五年後に向けて幾つかの難問を乗り越えなければならないと思っております。そうした意味で、以下幾つかの問題について所見を伺ってまいります。</p> <p>先ほど申したように、こし精神障害者元年となるためには、見直しを行う五年後にこの政府の改革案が導入した任意入院、社会復帰、医療審査会、地域精神医療などがどのように実りあるものになっているのかかわると私は判断をいたしております。どうしても必要なこととして、一として、任意入院を原則として開放処遇の拡大を図らなければならないこと。一として、入院中心主義から地域ケア、精神衛生医療への移行を図ること。二、これに必要なマンパワーを確保すること。また、これらを可能とする予算裏づけを確保すること。三、精神障害に対するゆえなき偏見と差別をなくすること。</p> <p>行政、国会がともに手を携え、国民に理解と協力を求めていかなければならないと考えるのであります。これらがむしろ大仕事であると考えます。厚生大臣のこの法改正に当たっての明確な決意を求めたいと思っております。</p> | 甲B110 |
| | | | | | 政府委員・竹中浩治 | <p>昭和62年の時点で国も精神科特例の変更の必要性を認めていたこと等</p> <p>精神病院の職員配置の標準でございますが、現在一般病院より緩和されているわけでございませぬ。しかし、最近の精神医療をめぐる状況の変化でございませぬかと、現場におきまします業務量、それから人員配置の実態等々を踏まえまして、現在予定しております第二次医療法改正におきまして、医療機関全体の職員配置基準の見直しの一環として検討してまいりたいと考えております。</p> | |
| | | | | | 議員・本岡昭次 | <p>指定医や精神医療審査会の問題点が指摘されていたこと等</p> <p>それでは最後に、やはり国際的な立場での厚生省の考え方を聞かせていただかなければならぬと思っております。五年後の見直し規定が入ることになりましたが、国際的信義にかけなくても検討の課題にしなければならないものがございませぬ。それは、国際人権B規約の第二条精神障害者の差別の解消であります。(略) それから二点目に、国際人権B規約の第九条一項及び四項にかかわる問題であります。ここは恣意的な入院、抑留されないということでありませぬ。そのために非常に重要なこと、入院を決定する指定医ということが新しく盛り込まれておりますが、患者が入院する病院の指定医が診察して私のところに入りなさいというふうな利益誘導のような形、客観性を欠くような形、こういうものは最低やめさせて、必ず他の関係のない指定医の方に入院の必要ありや否やということと診察させるということとでなければならぬと思っております。また、入院をさせて、一応強制入院にしますから自由を奪われるということになります。そのときに、その入院のありようなり入院の回避の問題、あるいは退院のありよう、また入院中受けたさまざまな権利侵害等を救っていくところではあります。それが今度は精神医療審査会というものを設けてやることになっております。しかし、この法を見る限りでは完全な第三者機関になっていない。また、司法的な性格もそこは持っていないということであって、国際的に見ても一番これは弱点であるというふうに指摘をされている部分であります。したがって、今回の法律はこういう形でスタートしたんでありますから、その内容の問題として行政から独立した、そして司法的性格を持つ第三者機関というふうにして、その委員も医師、弁護士あるいはまたP S Wというふうな形の第三者の方で構成をしていくというふうなものにやっぴり改めたいということがこの五年間の過程の中でなければ、私は国際的な批判にはこたえられないんじゃないかというふうに思うわけであります。</p> | |
| | | | | | 議員・中野鉄造 | <p>普通入院を設けなかったことの問題が指摘されていたこと等</p> <p>できれば普通入院といったような四種類にすべきではなかったのかというふうな考えもありません。(略) それによって他科並みの普通入院を設けることで精神科診療の実務面に円滑さが出てくるのではないかなと思うわけでありませぬ。</p> | |
| | | | | | 議員・春脱タケ子 | <p>人権保障のために、社会復帰施設の整備や精神科特例の廃止が必要であると指摘されていたこと等</p> <p>余りようわからなかったけれども、患者さんの人権を保障していくということと同時に、精神医療の進歩に見合った医療の体制をつくり上げることが大前提でなければならぬでしょう。同時に、これは社会復帰の状況を整えることとは別に絵にかいたもちになるんでございませぬ。そのことで私は質問を上げました。だから、論を進めますが、昭和三十三年の事務次官通達で、精神病院は医師の数は三分の一でしよう、一般医療の患者さんと比べた。看護婦の数は四分の三でよいことになっていませぬ。これを改めなければ、これは自由入院をして一般の患者さんと同じように入権を保障し、進歩している精神医療を十分享受させていくということの保障にならないと思っております。その点はどうなんでしょうか。</p> | |
| | | | | | | <p>診療報酬の改定の必要性が指摘されていたこと等</p> <p>大体勤が鈍いと思うんでございませぬ。それはそれでございませぬ。医者の定数はふやします、看護婦の定数を検討してふやします、それだけで病院がやっていますかということ聞いています。そうでしょう。そんな今のままでは医者は何人になさぬ、看護婦さんもおかの病院と同じように入院患者六人に一人になさぬ、今の診療報酬でそれでやっていますか。問題はそこなんです。違いますか。現実はその点はもう御承知でしょう。詳しく言おうと思つたけれども、時間がありません。それで、大体入院患者の一日一人当たりの平均点数というのは、精神病院では一般患者の半分以下になっていませぬ。これは個々の問題を詳しくは言いませんが、そういうことになっていませぬ。一人当たりの平均点数は、一般、全体で千三百六十六・七点です。これは政管健保の五十九年のデータによります。そのうち精神は幾らか言うたら六百七十八・八点です。比率からいいますと四九・六です。一般の入院患者の半分以下で診療報酬で済むような人員配置しかしてなかったということなんでしょう。だから、一般患者並みにするということができれば、必要な診療報酬の引き上げをやつて、患者さんたちに十分な精神医療の発展を保障できるというふうに入院報酬を引き上げることが何よりも大事ではないかと、その点はどうなんでしょうか。</p> | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|------------|-----|-------------|-----------|--|--|-------|
| | | | | | 政府委員・下村健 | これまでの点数については今お話が出たような状況でございますが、精神医療の実態がいろいろ変わってきて、それに伴って人員の配置等も変わってくるということになれば、診療報酬もそれに伴って変わっていくことになるかと私どもも考えておるわけでございます。それで、これまでも診療報酬面では大きな流れとしては閉鎖的な処遇から開放的な処遇へというふうな流れで来ていると思うわけでございます。それに沿ってデイケアの点数でありますとか、ナイトケアあるいは訪問看護というふうな面での進捗を固めていくわけでございますが、今後も精神医療の動向、それから今回の改正を機にしている具体的な議論が行われてまいりますが、それらの状況を踏まえて適切に対応してまいりたいと、このように考えております。 | | |
| | | | | | 議員・香取タケ子 | 社会的入院の存在を指摘されていたこと等 | 条件整備さえできれば十万人の方が退院して、それぞれ社会復帰を目指していただけるという病状だということでしょう。十万人に対応するためには、そういう社会復帰の施設というほどのくらいは必要か、そのうち六十三年度の予算案ではどの程度対応するつもりか、そう聞いたらほつきりするのかな。どうなっていますか。 | |
| | | | | | 政府委員・仲村英一 | 国が社会的入院が6万8000人いると認識する一方で、それを解消するだけの計画もできていないと認識していたこと等 | 私どもの推計では、三十四万人のうち条件が整えば退院できるであろうという患者さんは二〇%と踏んでおりまして、六万八千人でございます。そのうち三〇%は看護療でございまして福祉ホームとかにお入りになるであろう、それから一〇%は授産施設等にお通いになるだろうということに推計をしておるわけでございますけれども、それを何年間でどのような形で整備をするということでは、計画としてはまだできておらないというのが実情でございます。 | |
| 第109回 | 衆議院 | 社会労働委員会 | 11号 | 昭和62年9月10日 | 議員・村山富市 | 日本の精神医療が隔離収容目的である等と指摘されていたこと等 | 今日の日本における精神衛生行政の問題点として、例えば措置入院、同意入院など強制入院を主体に収容と隔離を中心とした制度であること。この結果、地域医療、社会復帰などがともに問題にされてきたこと。精神障害者に対する差別と偏見が強く平等な人格としての扱いがなかった。したがって、医療法上も特例により差別をされ、例外規定によって処理されてきたこと。また入院に当たっても、本人の意思が重視され、入院中の生活についても医師の裁量に基づき無制限の行動制限が許されることになったこと。病院の経営についても、国と地方自治体による圧倒的多数民間の精神病院にゆだねられてきたこと。予算の措置についても、入院費が大半を占めることになり、この面からも社会復帰の可能性がはばまれてきたこと。地域医療についても同様であります。 | 甲B109 |
| | | | | | 政府委員・仲村英一 | 国も入院中心から地域中心への転換の必要性があると認識していたこと等 | 先ほども申し上げましたように、精神医療は、従来の入院中心の治療体制からできるだけ地域中心の体制に整備を図るということで、今後変えていく必要があるわけでございますので、精神障害者の社会復帰を促進するという観点からも、同時に重要な課題だと私どもも考えております。 | |
| | | | | | 議員・村山富市 | 昭和62年の時点で国も精神科特例の変更の必要性を認めていたこと等 | 重ねて申し上げますけれども、関係者だけでなく社会全体が正しい理解を持つということが、社会復帰を可能にしたり、それから精神病患者を立ち直らせたり、そういうことにとって大事なことだというように私は思いますから、これは積極的に取り組んでいただきたいと思います。それから、次にお尋ねしたいと思うのですが、精神医療に携わっておられる医師さんあるいは看護婦さん等に関する医療法上の特例措置があるわけですね。この点について私は承りたいと思うのですが、この特例を見ますと、一般科の基準看護よりもはるかに医療スタッフが少なく、無類を精神病院に認めている。これはどういう経過でこういうことになったのか、できればお尋ねしたいと思うのです。 | |
| | | | | | 政府委員・竹中浩治 | | 精神病院を含めまして病院の職員配置の標準でございますが、医療法制定時以来、基本的な変更はこれまでなかったわけでございます。しかしながら、お話しのような最近の精神医療をめぐる状況の変化でございますが、現場におきます業務量あるいは人員配置の実態等を踏まえまして、今後検討してまいりたいと考えております。 | |
| | | | | | 議員・沼川洋一 | 日本の精神医療政策が国際的な批判を受けていると指摘されていたこと等 | 今回の改正案は二十二年ぶりの改正ということで、各界から非常に注目を集めておるわけでございますけれども、まず最初に大臣にお尋ねをしたいと思います。昭和五十九年三月に例の宇都宮病院の問題が起こりまして、患者の人権無視事件というのが国民に強い衝撃を与えたわけでございます。これが契機になって国内内外から精神医療の現状についての批判が巻き起こってまいりまして、国際法律家委員会なども調査団が来日し、そして六十一年九月には「日本における人権と精神病患者」と題する報告書が出されております。この内容を見ますと、日本の精神医療の現状では、国際人権規約で規定している精神病患者の人権保護の条件が満たされていないとする警告が出されておるわけでございます。そういう意味で、精神衛生法の不備が特に外国から指摘されてきたという経緯がございます。また最近では、国際法律家委員会のジュネーブ本部のコール・マグダーモット事務局長から日本の精神衛生法改正案に対して奮闘厚生大臣にあてて、先ほども申し上げたことと問題にされておりましたが、どうも非常に厳しい内容の書簡が送られてきておるようでございます。さらに来春は調査団を日本に送るなどの計画もあるやにも聞いております。 | |
| | | | | | 議員・沼川洋一 | 社会復帰施設の必要性を指摘されていたこと等 | さらに、これは何回も申し上げますけれども、今回の改正は、今までどちらかというと精神障害者に対して施設に収容するという施設主義であったのが、今度はやはり社会復帰ということを目指して地域に帰す、こういうことでございます。ですから、二十二年前を振り返ってみますと、今のこの地域医療が今日大きく進んでおる現状とははるかに隔たりがあるわけです。そういうことを考えますと、当然これは地域の中でも、先ほども指摘されておりましたけれども、地域精神医療ネットワークといえますか、医療、福祉、保健という、そういう立場からの体制づくり、これは当然必要だろうと思えます。またさらに、入院患者がどうしても多い。しかも長期入院が多い。アメリカやヨーロッパと比べて日本は減るところかだんだんふえる傾向にある。その問題点を突き詰めていきますと、やはり中間施設的なものがない。そういうことで、言ってみれば、先ほど言いました生活訓練施設とか授産施設というものも中間施設というふうな意味で考えていっていいのでしょうか。大臣、この点いかがでしょうか。 | |
| 第109回 | 衆議院 | 社会労働委員会 | 2号 | 昭和62年7月30日 | 議員・大原亨 | 諸外国に比して日本の精神医療に問題があり、抜本的な改革の必要性が指摘されていたこと等 | 第三の問題は、これも時間が余りないのですが、大臣が所信表明で、本年は福祉衛生元年である、こういう決意で対処したい、そういう所信表明をされた。それでどういうことかといえますと、この精神衛生については今年法律の改正案ができておるわけですね。一いや、答弁で言ったのかな。改正案が出ておるわけですね。理事会でどういう話をしているかということは私は知りませんよ。知りませんが、聞くのは聞いております。これは我々も三回議論に参加して、宇都宮病院とか、それから僕らは実際に現地へ行きましたけれども、京都の十全病院とか、つまり老人病院というふうな言われているのはやはり寝たきりというのは障害者です。身体障害者です。ほけ老人というのは精神障害者です。ですから、これも身体、精神の障害者問題なんです。そこで来年度予算で精神衛生の問題でこういう点を努力してもらいたいという点を私は申し上げたいと思うのです。というのは、日本の精神病院に入っているのは三十三万人と言われていて、アメリカはケネディが大きな決断をいたしましたあつと下がったのですが、社会的に余り下がり過ぎたということもあるのです。物すごく下がっているのです。日本はこれはどんどん上がっているわけです。最近では大阪では福祉事務所との関係で木島病院という問題も起きておるわけです。ですから私は、精神衛生法を改正しまして、そして立派なものをつくるということは非常に重要なことだと思うのですよ。というのは、日本では平均的に一年半ぐらい入院しているわけです。五百何日ですよ。外国ではヨーロッパ、欧米では三、四週間とか、長くても三カ月、こう言うっているのです。後で私は医療保険の問題でも議論するんですけども、長期入院が今問題になっているのですよ。結局精神病院に長くいて、一生置いてというようなことは、精神病院のそういう療養的な機能が發揮されているのかどうかという問題があるわけですよ。ですから、どんどん治療が進んでいきまして、快癒いたしまして家庭や社会に復帰するということが常識的になってくると、これは日本の医療財政の上から考えても問題なわけです。それで、これは人権の問題とも関係があるわけです。社会に復帰して、地域を基盤にして治療も続けていけるような体制をとる、ノーマライゼーション、こう言いますけれども、それは医療改革の一つの柱なんです、それは人権と深い関係がある。問題は精神病患者の立場に立つてやるということなんです。そういう体制になっているのかどうかということの議論で今日まで社会問題としても起きてきたし、政治家も宇都宮病院なんかへ関係してきて、私も予算委員会でも名前を挙げて言ったことあるのです。あなたと同じ名前の人も出たことあるのです。親との関係も何もなけれども、出た。亡くなった人もいるけれども、僕は指摘をしたわけだ。そういうことはいかぬというのだ。そういうところへ頭を突っ込んだらあるいは不浄な金をもらったりしていかぬ、これは政治家としての最低のマナーだと言っている。それで、我々はこの問題についてはいろいろな立場の議論をやらなければならないけれども、一つは、受療者の自由意思に基づく医療をやるということを基本にする。もう一つは、地域社会で生活を営みながら医療を受けられるような体制を確立する。第三には、入院患者の人権の十分な保護に基づく精神医療の抜本的改革と、その社会的な政策を貫いていく。こういう原則で、憲法の精神で当然のことなんです、しかもかわらず、精神病院、これは病院でありながら病気を治すところでもあります。精神病院で、できるだけ患者と一体の努力でこの問題を解決できるようにするというのが今回の精神衛生法改正の趣旨だと思うのです。そうすると、社会復帰の受け入れ態勢、患者が入院しまして数週間の間に復帰をして、そこで治療もするけれども、社会復帰の準備をするという地域的な受け入れ態勢、これを予算上とることがいわゆる精神衛生元年の基本ではないかと私どもは議論をして考えておるわけです。ですから、そのことについて来年度予算では十分努力をしてもいいということを私から強く要望しまして、答弁を求めます。 | 甲B108 |
| 第107回 | 参議院 | 法務委員会 | 2号 | 昭和61年12月18日 | 議員・本岡昭次 | 医療法上、精神医療が差別を受けており、そのために医療を受ける権利が保障されていないと指摘されていたこと等 | 今も大臣、医療上の問題とおっしゃいましたが、それは主として精神病、病気があります。だから、病気の治療という面に当たったの違があるという意味をおっしゃったんだと考えます。そこで、医療法という法律があるわけでありまして、医療法上も差別をされております。医療法では、入院患者十六名に対して医師一人、入院患者四人に対して看護婦一人が必要である、こう定められております。にもかかわらず、精神病院、これは病院でありますから病気を治すところでもあります。精神病院で、命令、通達でもって医療法がゆがめられて、医師はその基準の三分の一でいい、看護婦はその基準の三分の二でよいとされております。しかし、実際にはこのように低められた基準を満たしているものもごくわずか、ほとんどか基準の七〇%程度を充足するものに精いっぱいという状況です。かつて、宇都宮事件というもの起こりましたけれども、千人の患者に対して一人の院長だけが診断をしていたというふうなことが起こるのであります。そして栃木県が実態調査に入りますと、医師はおることにしているのではありませんけれども、全部それは医師の免許状の写しがあるだけでありまして、実態としての医師はいない。それでも病院として通用するというふうな大変なことがあるのであります。ほかの病院であれば患者さんがまず承知しませんね。そこで診てもらった患者の周囲の者が承知しない。しかし精神病院はそういうことが堂々と白昼まかり通るという状況があるんです。なぜそういうことなのか。医療法の上で同じ病院でありながら、今言いましたように医師、看護婦は低くてもいい、こうなっている。これが差別でなくて何であるのかと私は言いたいのです。精神障害者は国によって十分な医療を受けなくてもいいということを明らかに言っている。同じ病気にあっても、精神病という病にかかった者は国によって十分な医療を受ける権利をここで拒否されているということになります。私は医者ではありませんから病気に詳しくありません。しかし、心の病というものがかなり難しい病であるということはわかるわけであります。手術をしたり薬を飲んだだけでは治らない。かなり長期にわたって十分な手厚い介護、看護が必要。そういうところが他よりも少なくていいというについては何としても理解ができない。厚生省に対して、私どもは再三何としても差別を撤廃すべきではないかと。ということは、これは法務省に言われるまでもなく、直接の省庁であります厚生省には申し上げておるんです。ただ、ここで言っているのは、こういうものがありますよということと法務大臣にもちゃんと知っていただきたいということと申し上げておるんです。 | 甲B107 |
| | | | | | 議員・本岡昭次 | 精神障害だけ福祉法が遅れていると指摘されていたこと等 | それで次に、もう一つ出してみたいのですが、福祉法にも多くの差別がございます。身体障害者、精神障害者には福祉法がございます。身体障害者福祉法、精神障害者福祉法というのがあります。そして、法律の保護のもとに一定の福祉の施策が進められています。ところが、精神障害者には福祉法がございません。それではなぜ精神障害者には福祉法がないのかという問題があります。また心身障害者対策基本法というものがございまして、この法律の中に、入院中の精神障害者は適用されないということがあります。また、社会福祉事業法というものがございまして、身体障害者や精神障害者は対象になっておりますが、精神障害者は対象になっていません。このような状態でございまして、精神障害者の福祉事業はほとんど進まないという具体的な実態にあるということも御存じおきたいと思っております。 | |
| 第107回 | 参議院 | 予算委員会 | 5号 | 昭和61年11月11日 | 議員・下村泰 | 昭和61年の時点でも社会的入院の存在が指摘されていたこと等 | 確かに宇都宮病院のようなことがきっかけになりまして、国連の方から指摘されたり、外国の方からごじごじ言われると、日本という国はやっと重い腰を上げる。外から言われてやるんじゃなくて、内の方からどうんか改めたいってほしいと思うのだけれども、今回の改正のポイントを私なりに二つに集約してみました。人権と社会復帰ですね、殊に社会復帰対策というものがなければ改正にはならないと思うのです。昭和五十八年の調査によりますと、精神障害者の平均入院日数が五百三十六日、一般は三十九日、結核でも二百二十一日。厚生省の昭和五十八年の実態調査では、条件さえ整えば退院の可能性があるというのが二二%。この条件の中心となるのが社会復帰対策なんですけれども、今回の公衆衛生審議会の意見はその意味でも時宜を得たものと思えます。そして、社会復帰対策がないために回復しても退院できずにアパート化している人たちがたくさんおられます。 | 甲B106 |
| | | | | | 政府委員・仲村英一 | 平均入院日数が長く、これを解消するために、社会復帰施設の拡充の必要性が指摘されていたこと等 | 御指摘のように、我が国の平均入院日数というのは、精神病院に限らず長いという問題点が一方にございます。その基本にございますのは、家庭の環境でございまして、そのような受け入れ、もう退院してもよろしいのを受け入れ態勢が整わないという問題点、御指摘のようないわゆる社会復帰の問題があるわけでございまして、特に精神疾患の場合にはそういう問題がございまして、私どももいたしまして、いわゆる中間施設と申しますかそういう形で、直接家庭へ帰れない方は中間的な施設で、退院してそこに行っていたというふうな社会復帰施設をさらに拡充強化していかなくてはならないと考えております。 | |
| 第104回 | 衆議院 | 予算委員会第四分科会 | 2号 | 昭和61年3月7日 | 政府委員・仲村英一 | 国も日本の精神医療政策に遅れがあり、政策転換の必要があるとの認識であったこと等 | 近年の精神科の医療の領域におきまして、従来の閉鎖的な治療中心、入院中心の医療から、広く地域社会の中で精神障害者の治療を行っていくとする趣旨は御指摘のとおりだと思えます。私どもこの歳にのっとりまして、先ほどいろいろ申し上げたような点も含めまして、そういう方向へ切りかえてまいりたいと考えておるところでございます。 | 甲B105 |
| | | | | | 議員・近江巳記夫 | 昭和61年の時点でも社会的入院の存在が指摘されていたこと、そのために国が責任を果たす必要性が指摘されていたこと等 | 先般政府が行いました国の精神衛生実態調査の結果を見ますと、約五七%が受け皿があれば退院可能である、このように主治医が答弁をしておるということとでございます。本来の受け皿であるべき精神障害者の家族はその多くが高齢化した両親で、兄弟姉妹に面倒を見させることは現実的に困難であるという状況があるわけでございます。家族に高い要求をするということではなく、国、地方公共団体の責務として積極的なそういう受け皿としての住宅施策、福祉的就労、次いで雇用対策、アフターケア体制を整備し、単に医療の消費者、税金を使う人から働いて税金を支払える人に変えていく努力をすべきではないかと思うのです。この点、いかがでございますか。 | |
| | | | | | 政府委員・仲村英一 | 国も社会復帰施設の必要性を認識していたこと等 | [上記の質問を受けて]おっしゃいますように、住宅の問題でございまして雇用形態でございまして、いろいろ精神障害者の処遇に関しての障害があるというのは私どもも事実だと考えておりますが、先ほどから繰り返し申し上げておるように、単に家庭だけで受け入れるというのは非常に難しい面もございまして、地域という面も考えながら、あるいはそこに至るまでの中間的な施設と申しますか社会復帰施設も活用するなどいたしまして、おっしゃいましたような方向へ変えていきたいと考えております。 | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|---------|--------|-------------|--|--|--|-------|
| 第102回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第3号 | 昭和60年9月20日 | 国務大臣・藤波孝生 | 国も日本の精神医療政策が国際的な批難を受けているとの認識であったこと等 | 精神障害者の問題につきましては、一般開催されました国連人権委員会の差別防止及び少数民族保護小委員会で、日本政府といたしまして我が国の精神医療の実情及び今後の方針として精神衛生法の改正について説明をいたしまして、理解を求めたところでございます。精神障害者の人権問題、御本人にとってもその周囲の方々にとっても極めて深刻な問題でございますが、それだけにこれをぜひ直したいというふうに考える立場のそれぞれの方々につきましては、人権問題という言葉は十分頭には入っておる、知識としてはあるはずでございますけれども、実際にその精神障害者を指導しこれを治療していただくということになります場合に、ともするとその人権問題というのが頭ではわかっていても実態としてこれをおろそかにするというようなことになるところは非常にまありがちであってはならないこととすけれども、そのところが非常に難しいところだと思います。それだけに、関係者の方々もいろいろ御苦勞もいただきながら、精神障害者の問題に取り組んでおられることであらうと思っております。しかし、御指摘のように、精神障害者の人権問題は今日特に日本の場合に国内問題のみならず、御指摘のように、国際的ないんな組織での大きな問題にもなっております。ですから、もちろん責任のある立場として窓口を厚生省に置きつつも、厚生省を中心にいたしまして政府全体で関係省庁とよく連絡をとり合いまして、政府を挙げてこの問題に対処していくと。非常に重要な問題であるという認識に立ちまして今後とも一層取り組んでいくようにしたいと思っておりますので、引き続きの御指導を賜りますようお願いを申し上げます。 | 甲B104 |
| 第102回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第1号 | 昭和60年7月23日 | 国務大臣・藤波孝生 | 国も、日本の精神医療政策に問題があり、国際的な調査に対して受け入れられる姿勢であったこと等 | 宇都宮病院事件を契機といたしまして、今御指摘がございましたように、国際的に日本の障害者に対する対策として非常に批判が出ているということは御指摘のとおりでございます。その中で我が国の精神医療を正しく理解をしてもらうということが非常に大事であるというふうに、政府としては考えておるところでございます。先般来日をしていただきました障害者国際法学会及び国際法学会委員会の訪日調査の際には、厚生省、外務省両省が協力をいたしまして、政府として積極的に対応を行ってきておるところでございます。宇都宮病院事件のような事件が再発をしないように、そういう防止に対して積極的に取り組んでいるということを正しく理解してもらうということは何よりも大事なことでございますが、国連の場におけるいんな御意見等もございまして、我が国の精神衛生行政について、もし御指摘を受けるような、批判を受けるようなことがあれば、やっぱり謙虚に反省をして、そしてその上で改めて再発をしないようないんな対策を講じていく、こういうことが大事であるというふうに考えておるところでございます。これらの方針に立って、今後さらにその考え方を前向きに施策として進めていくにはどうすればいいか、政府内部連絡を取り合いながら努力をしてみたい、こう考えておるところでございます。 | 甲B103 |
| 第101回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第3号 | 昭和59年10月17日 | 政府委員・大池眞澄 議員・本岡昭次 政府委員・大池眞澄 議員・本岡昭次 | 同意入院について、国は、当初「強制入院」であるとの認識が薄かったこと等 国も同意入院制度が日本特殊の制度であるとの認識があったこと等 民間病院の実態を踏まえ、精神科特例の廃止の必要性が指摘されていたこと等 | [同意入院患者というものはそれは強制入院という状態であるのかないのか、という質問に対して] 患者さんの立場に焦点を合わせて今先生おっしゃるようなとらえ方をしますと、患者さんの同意というものを前提としていないという意味で強制的な要素、側面はあると思います。 強制的な側面じゃなくて、患者にとっては強制的な入院、これ以外の何物もないんでしょう。本人の同意をとっていない以上、患者にとっては強制的入院、側面じゃなくて強制的入院なんですよ。 欧米諸国におきまして確かに御指摘のように、行政的な処分、強制力を持った強制入院と、それ以外はどうも自由入院というように二分法で制度が組み立てられているところが多々あることも承知しているわけでございますが、我が国の精神医療の発達の歴史の中で我が国独自の制度を編み出したわけでございまして、今先生の御指摘の自由入院と、それから私どもの申し上げておる行政権限を伴う強制入院と、その中間帯に同意入院という制度を設けて（略） この段階では厚生大臣に一応のこのまとめとして、政府の立場を次の四点について明らかにしておいていただきたい。そのことで質問を終わりたいと思うんです。まず第一点は、この決算委員会が官房長官が約束されました三省庁協議というものを通じて、この宇都宮病院、田中病院、上毛病院等々医療機関だけでなく、関連会社との関連の中で起きている問題を解明をしようというお約束もいたしていて、大変ありがたかったんですが、その問題についてひとつ一も早く全貌を解明をさせていただいて、まあ医療問題についてこの種の問題が今後起こらないように、ひとつ重大な決意をもって対処していただきたいということでありまして、それから第二点目は、去る七月三十一日の社会労働委員会で、私は精神医療改善に関する長期総合計画として十六項目の提案をここでいたしました。大臣からは大変参考になる提案として承ったという答弁もいただいておりますが、この十六項目提案の具体的な検討とあわせて、今国連人権小委員会で論議されているダエス報告、こうしたものに基いて、精神障害者の人権保障を確立するための法と制度の改革というものに取っかかってもいいと思います。それから第三点として、この中に精神病院関係には慢性的な医療従事者の不足が明らかになりました。結局は、医療従事者の不足がこの治療なき収容と並ぶ病院内にあり、あるいは精神障害者の人権を侵害したりしていることになるとは思っております。だから、こうした医療従事者の積極的な養成と配置、そして一方では昭和三十三年の局長通達をやはり廃止をして、精神医療への差別的取り扱いは取り除いていただきたいということでありまして、それから第四点目は、この六月二十二日に三局長通達が出ました。しかし、現場の病院関係者からは何か総反発を食っているようなことが新聞に outsid されております。したがって、私はやはり現場の関係者の理解と協力を得て、この三局長通達が完全に実施されるよう努力をしてみたい、これは現場や民間の皆さんに任せるとは、国や県の行政機関としての責任を明確にして、そして誠意を持って具体的に対応をしてもらわなければならないんじゃないか。 | 甲B102 |
| 第101回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 1号 | 昭和59年8月3日 | 議員・高杉迪忠 議員・高杉迪忠 | 精神科病床数が多すぎると指摘されていたこと等 [上記の質問を受けて] これらの御質問等の内容を私ども謙虚に受けとめまして、特に今お話のありました関係三省で、今後より密接な連絡をとりながら善処をしてみなければならないかと考えておりますし、また、先ほども申し上げたように、精神衛生対策の充実については、これ確かに私どもの国の精神衛生対策が立ちおくれ、出発点が欧米の諸国におくれていることは事実でありますから、今、追いつくために、あるいは追い越すための一生懸命の努力をしておりますけれども、今後も、我が国も堂々たるサミットに出席する先進国なのでありますから、この精神対策におきましてもおくれをとっておるといようなそしりを受けないための政策を充実させるように、なお一層励んでまいりたいと思っております。また、医療従事者の不足の問題もたびたび先生から御指摘を賜り、私どもも苦慮しておるところでございますが、これらの養成と適正な配置、こういうものにはなお一層努めてまいらなければならないのは当然でございます。 | 甲B101 | |
| 第101回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 17号 | 昭和59年7月31日 | 議員・本岡昭次 議員・本岡昭次 政府委員・吉崎正義 国務大臣・渡部恒三 議員・本岡昭次 政府委員・大池眞澄 | 精神医療政策の転換が求められているのに国が何ら計画を立てていないと指摘されていたこと等 精神科特例によって医療の質が低い状態となっていると指摘されていたこと等 医療従事者が著しく不足している病院の存在を認識していたこと等 国も日本の精神医療政策に遅れがあり、政策転換の必要があるとの認識であったこと等 病床数、社会復帰施設、適正手続、医療従事者の人員など、日本の精神医療政策を抜本的に転換する必要があると指摘されていたこと等 不当な措置入院、同意入院の存在を国が認識していたこと等 | 厚生大臣と、大蔵大臣もちょっと聞いていただきたいんですが、我が国の精神科病床の全病床に占める割合というのは、昭和三十六年は八・六％です。ところが昭和五十七年には二・八％、三倍近く増えて、昭和三十年二百六十病院の四万四千二百五十床が昭和五十七年には千五百七十病院、病床にして三十一万九千九百九十九床、病院数で六倍、病床数では七倍、大変な急成長といえますが、大変なんです。昭和五十六年で七千六百六十四億、これが昭和三十九年はわずか五億三千億なんです。十三倍以上なんです。間もなく一兆円の大台に上るんですね、精神医療の医療費が、こんな野方図なことにしていくと、これは国家財政でも大変だと思うんです。ですから、この基本的な精神科対策、国の費用、国家財政、こういう見地から私は大事な問題だと思っておりますが、大蔵大臣もあわせて所見を伺いますが、厚生大臣いかがですか。 [上記の質問を受けて] 今御指摘のあったベッド数の問題、これも我々非常に考えさせられる問題でございまして、先生御指摘のように、今までは量という面できたわけでございますが、今回の問題をきっかけにしてやっぱり精神科の室というものを力を入れていかないと、これはいろんな社会問題を起してしまう。したがって、ベッド数の再検討、量よりも質という考え方でこれも考えてまいりたいと思っております。 それから三番目に、先ほども医療施設と福祉施設の体系の検討というのを申し上げましたけれども、それでは、この精神障害者の医療とそれから社会復帰等々にかかわる医療施設とか社会福祉施設というものごと一体だけあるかという問題です。厚生省の資料では、定員六十名のデイ・ケア施設が全国で七カ所、精神障害回復者の社会復帰施設が、適所定員で三十五名、入所定員で七十名というのが三カ所あるだけ。精神衛生社会生活適応施設というのがあって、これも定員五十名、これが一カ所、合計十一カ所定員七百八十五名でしかないわけなんです。そして民間のことは、これはさっぱりわからぬというふうなことで、精神科患者が病気の回復期になって、社会復帰する間のさまざまな社会的訓練、あるいはまた社会復帰が難しい場合にどこでどのようにして生活をさせていくのかというふうな問題等々、ほとんどこれでは、全国にこれだけのものしかないわけ、だからこれを将来五年計画でも五年計画でどれだけふやすとか、十年計画で全国にどれだけこういうものをふやしていくとか、そのことによって入院している患者をそこへ出して、そして入院患者を減らしていく、何かそういうようなものが全然出てこないわけ、それでは、この医療施設なり福祉施設というものを、これから五年計画、十年計画等で具体的にふやしていくという見通し、そういうものがあるんですか。 つまり、精神病院に入院している患者が非常に質の低い医療を受けている。それをどうするかという問題について、医師の数、あるいはまた看護婦の数を基準に充足させるために何をやるのかという最も基本的な問題すら何もこのビジョンの中には出てこない、厚生大臣はこれから勉強する勉強するとおっしゃっていただきますけれども、しかし、勉強している間に、現にこうした質の低いところで医療を受け、そして国全体では多額の医療費がそこに供給されているという事実が進行しているわけであって、私は、今のようないかなる具体的な答弁で、それで結構でございます。二十一世紀に向けてこの医療の問題は厚生省にお任せしますと申し上げてはいかないんですか。どうですか。 今の申し上げました幾つかの点について、もう少し具体的に一つ一つについて、厚生省として五年計画、十年計画、そうした内容をひとつひとつここに示し願えませんですか。私はそれに基づいてあるべき精神医療の問題、それを論議したいと思います。そのことは、言ってみれば、健康保険法をここに提案をして、そして、「生涯を通ずる健康づくりの推進」とか、「地域医療を確保するための医療供給体制の整備」とか、「将来にわたる医療費規模の適正化」、あるいはまた、「医療保険の給付と負担の公平化」を図る、こうした事柄の一つ一つかみ合っていくと思っております。今のようないかなる答弁で、全然そうした将来の医療のあり方について論議がかみ合わない、こっちはかみ合わせようがないわけ、私は、このことはきょう初めて言ったんじゃないわけ、先日質問をしているし、精神医療の問題はもう三月以来ずっと質問をしている。一体どうしてくれるんですか。 最後にお話しになりました医療従事者の関係でございますが、御指摘のございましたように、精神病院におきまして、ほかの病院と比べて医療従事者の充足が十分ではない、残念ながら御指摘のとおりでございます。何よりも肝心なのは、個々の精神病院が医療従事者の充足について努力をすることであるとと考えております。医療監視等によりまして厳しく指導してまいりながら所存でございます。さきに出しました通知でも、特にこの医療従事者が著しく不足している病院であって、早期に充足の見込みのないものにつきましては、実地指導と相まちまして医療従事者に対応した患者数に移行するよう指導するようにならしていただいておりますが、何よりも個々の精神病院が充足に努力をする、これが基本であると考えております。なお、医師を初めとする医療従事者は今後かなり大幅に増加いたしますので、そういう努力と相まって充足が今後図られてまいります。また、戦後の施策等についても、今数々の御指摘をいたされたような結果になっております。考えてみますと、戦後我が国は、先ほども先生からお話しがありましたように、経済やかなり分野で西欧の諸国に追いつき追い越せるというところで非常に発展を遂げてきたわけでありますが、その中でこの精神衛生対策がおくれておりました。その結果、文明危機になってくればこのように問題がいろいろ社会的な問題を惹起している今日のような状態になっておるわけでございます。私が最初に申し上げたように、人間の権利というものにかかわる極めて重要な問題でありますから、宇都宮病院後起こってきたこれらの問題にも対処しまして、二度とこういうことが起こらないようにということで、県を通じていろいろの指導をやっておられるわけですが、何かこの七カ月を反省してみますと、駆けつけよう追いかけておったような感じで、先生からおしかりを受けるような状態でございますが、今政府委員からいろいろ答弁いたしましたように、現在の精神衛生法の中で、その都度私どもはその対策を進めてきたわけでありますが、やはりこの辺で思い切った計画的な対策というものの青写真をつくるべきでないかというお話しもございまして、あるいはおくれればせながらということになるかもしれませんが、今先生から御指摘のような問題等十分に参考にさせていただいて、思い切ったこれらの対策に取り組むように、政府委員に命じてまいりたいと思っております。 こうした問題について先進的に手をつけた英国では、一九六二年に政府は病院十五カ年計画を策定して、人口万対三十四であった精神科病床を一九七五年に万対十八に、続いて一九六三年アメリカが、ケネディ教書で十年から二十年内に入院患者を半減させるとし、あるいはまたフランスでは、一九六〇年に地域精神医療計画を樹立しています。これらにはいろいろ長所、短所、そういうものがありますが、精神医療の問題で、入院患者を措置入院、あるいはまた同意入院という形でそこに強制収容をしていくという形態を解除していくという方向をとっていることは間違いないわけなんです。だから私は、我が国が、あなたの言うように、厚生省の当局のように、成り行き任せでそのときそのときの状況に応じてやたらいいということじゃなくて、長期総合計画というものを立てて精神医療対策に対応すべきでないかということで、幾つかのものを出してあなたに渡したわけなんです。それを私の方から提案してみますと、まず一として、精神障害者の人権の問題として、その労働権を保障するという点をまず第一に掲げなければならない。二は、このために、多様な労働と生活の場を具体的に提供するための諸施策を策定実行に移していかなければならぬ。三として、先ほども問題にした、現行三十二万床を十年間で、今言った一、二を執行していきながら二十万床程度にこれを引き下げていく。さらに四として、次の十年間でこの三の結果を見て削減の計画を立てていく。五として、外来診療、社会復帰のための医療社会事業を徹底して強化していく。五として、精神衛生法を改正して、入退院に関する本人申請による異議申し立て制度をつくり、適正手続を保障する。あるいはまた六として、行動制限規定等がありますが、こうしたものを改廃する。七に、精神医療従事者、医師、看護婦等の新しい定数基準をつくる。そして、現在のような未充足のまま放置するというふうなことをしないようにやっていく。八として、通信、面会の完全な自由を保障する。そして、患者の弁護士依頼権を確立する。それから九として、先ほども論議をしましたが、独立の医療監査制度を確立する。それから十に、国連の障害者権利宣言、ダエス報告、今回のCJ勧告の趣旨を生かして、精神障害者の人権保護体制を確立する。十一に、自由入院制度と開放医療への転換を計画的に図っていく。十二に、精神障害者救済センターをつくる。こうした事柄を柱にして、具体的に一つ一つ改善を積み上げていくということが今の日本の精神医療にとって重要であると私は思っております。 | 甲B27 |

| | | | | | | | | |
|-------|-----|---------|----|------------|---------|--|--|--------|
| | | | | | 議員・本岡昭次 | 不当な同意入院の存在及びそれに対する審査の必要性が指摘されていたこと等 | 今問題は、同意入院患者が圧倒的に多いわけでありまして、 同意入院患者が二十九万人とも 言われておるわけでありまして、 同意入院患者についてもやはり実地審査というものを本気になってやるということによって、これも人権の問題と医療費の問題の両方の解決を図れると思います。 今も、宇都宮病院で五百十名の同意入院患者の審査をしたところが三十四名が通院でよろしい、一名が退院でよろしいという結果が出ているわけで、これも入院と通院による医療費の問題はこれは十分厚生省としてもわかっただけのことであろう、このように思うし、人権上の問題であります。しかし、何分こちらは人数が多いですから直ちに来年というわけにはまいりませんが、これは年次計画でも策定をして、せめて五カ年計画ぐらいで一度、二十九万人も三十万人も入っている同意入院患者、しかもそれが普通の入院患者のように一月か二月か、あるいは長くは一年で退院するということではないんです、五年、十年、長い人は二十年、三十年との同意入院ということに入っているんですから、これは大変なことなんです。だから、私の提案として、五カ年ぐらいの間に計画を立てて、この際一掃徹底的に洗い直すということをやっていただきたいという提案をするんですが、いかがですか。 | |
| | | | | | 議員・本岡昭次 | 精神科特例の問題が指摘されていたこと等 | 例えば、医者、看護婦の不足分を充足するために県と厚生省が責任を持ってこれからやっていく、あるいはまた逆の問題として、患者を医師、看護婦が充足しているところに責任を持って移して、そして個々の医療機関としての体制を確立するという——あなた、どうするかという中身も言わないで、これから県と相談して、私たちは何もこれ抽象的な問題を論議してない。ここに現に患者がずっと入院しているんですよ。そこで受けている質の低い精神医療のことを問題にしているんじゃないですか。人権上のことを問題にしているんじゃないですか。私はそんな答弁では納得できませんね。 | |
| | | | | | 議員・本岡昭次 | 精神科特例が差別的であり、そのために民間病院が劣悪な状況になっていると指摘されていたこと等 | 大臣に尋ねます。問題は、今局長がいろいろあれこれと言っている事柄ではなくて、今言いました昭和三十三年の局長通達というのが今も生きていて、そして「暫定的にこれを考慮し運用することも止むを得ない」と、数が足りなくても、だから、全体的に慢性的に不足しておてもそのことが医療法上特段問題にならないという現状があるんですよ。さらに、基本的に医療法の中で制定しているその医師の標準の数の中でも、精神病院は一般の病院よりも少なくてもという規定があるわけですね。これは例えば「医師 入院患者の数を精神病院にあっては三、結核にあっては二・五をもって除した数と外来患者の数を二・五をもって除した数との和が五二までは三とし、それ以上一六又はその端数を増すごとに一を加えた数」とするというのがここにありまして、一般の病院よりも医師の数が少なくてもいいという定めがあるので、看護婦もそういうふうになっているんです。その上になお、一般の病院よりも精神病院の医療従事者の配置の標準の数値が低くてもいいというものがあって、さらにその低い数値でも医師の確保が困難な場合は、やむを得ないときはこれを充足しなくてもいい、こういうことになっておりますから、今のようないくつかの慢性的に実態として定着しているんですよ。ところが一方、先ほど言いました七百床以上の病院をとって見たときに、医師が標準よりオーバーしているところは軒並みに国立なんです。公立なんです。都立松沢病院は十八人のオーバー、たくさんお医者さんがいるわけです。中宮病院という国立、これも七名、武蔵療養所、国立、これは三十八名標準よりもたくさん医師がおります。下総療養所、これも三名多くいます。だから、国立、公立のところは標準を満たしてさらにそれを上回ります。民間の精神病院をそれを慢性的に下回っているということが、こういう数値が出てくるんです。それが何によってそのようなことが許されているかといいますが、この三十三年の通達によります。だから、話を最初に戻しますが、精神医療問題ということはこの三十三年の時点では、それは人権意識も薄いし、精神医療に対する国民の関心も薄い、修学旅行の子供たちのように、十畳ぐらいの広さのところ布団を敷いて、十人並べさせておても、それでもいいというふうな時代にはこれでもよかったのかもしれない。しかし今の時代に、精神病の治療に要する医師の数や看護婦の数が一般の病院よりも少なくてもいいというふうな、こんな差別的な通達は、これはもう私は、なくすることを早急に検討してもらわなければならぬと思うんです。ここにその根幹があるんです。だから、直ちに医者の数を、あるいは看護婦の数を充足することはいろんな障害があるでしょうけれども、 まず私は厚生大臣にやってもらいたいのは、この通達をとにかく改廃する、なくするということから、私は精神病院を差別的な状況から解放していく。一般病院並みにそうした問題の基準を上げてやる。 それがこれは一つは人権上の問題として当然なすべきことではないか、こう思うんですが、早急にその問題の検討をしていただけませんか。——ちよつとあなたじゃない。厚生大臣、基本的な考え方で結構ですから。 | |
| | | | | | 議員・本岡昭次 | 隔離収容政策から転換するために、病床数を削減する必要がある、社会復帰施設を作る必要がある、地域医療政策に転換する必要があると指摘されていたこと等 | そこで、質問の途中で論議しました長期ビジョンの問題ですが、ビジョンを取り上げた段階では、必ずしも全体的問題が明らかになっていなかったわけでありまして、私も一番最後に取り上げればよかったんですが、質問の関係でちょうど中間の時間帯で取り上げました。そこで、再びこの私が示しました長期総合計画の骨子の問題に、総まとめの意味において戻るわけなんです、やはり診療の適正化とかあるいは医療の適正化、国民の総医療費をもう少し以上で増額をさせない、あるいはまた精神医療の問題からいけば、患者の人権あるいは十分な医療、こうしたことを考えていくために、やはり抽象的なことでなくて具体的な問題は、 現行三十二万床もあるこの病床を、やはり年次計画でもってこれを二十万床程度にまで下げていく、そのためにそれでは社会復帰施設をどうするか、地域医療をどうするかというさまざまな問題を周辺に提起をし、そして病院における拘禁状態、収容状態、こうしたものをなくしていくというところを固めていかなければならぬと思うんですが、どこから手をつけなければいいかという問題を一つ言えと言われれば、私はやはり病床をふやさずに減らしていくというところに軸を置いて、そしてそれに必要なことをやっていく、このこと以外にはないのではないと思うんです。 たくさんあるからどれかやったらいいかというんじゃない、やはり軸になるものがあると思うんです。医療費の面からも、いろんな面から見ても、やはり病床を少なくする。アメリカでもイギリスでもフランスでも、先進諸国は皆そういうふうにして落ちていっているんですよ。やっぱり、こういう問題の議論は軸がなければいかぬと思う。だから、この三十二万床を十年計画で二十万床程度にしてはどうか、私もほんとう言っているわけなんです、それが何万床であつてもいい、厚生省としてやはりこれを下げていくんだというところに軸を置いてもらわなければ、先ほど措置入院の問題をいろいろ論議してきましたけれども、結局解決はしないと、こう思うんですね。 | |
| 第101回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 7号 | 昭和59年4月17日 | 議員・本岡昭次 | 民間病院の実態が指摘されていたこと等 | だから、そういう表面的なことではなく、この病院で一体何が行われたのかということについて、今の二件だけにとどまらず、この十九名の問題はもちろんのこと、二百二十二名の問題についてもやはりこれを解明しなければ私は宇都宮病院の全貌はわからない、こういう立場で厚生大臣にも警察の方にもこれは要求をしている、こういうことでございますので、その点はもう既に警察も厚生省もやりますと、こうおっしゃっていただいておりますから、改めてここで答弁はいただきませんが、よろしくお願ひしたいと思います。次に、先月十四日に宇都宮病院事件が表ざたになってから一カ月が経過をしております、次々というんな事実が明らかになって、それは今も申し上げましたように想像を超えたものであり、信じがたいものであるわけであり、この委員会でも私も論議をさせていただきました。予算委員会でも論議がありました。それで、リンチ殺人については、新聞紙上明らかかなものは六件を超える疑いが浮上をしております、暴行傷害は告訴のみでも三件を超えて、まだ次々と告訴が準備されつづつあるようございます。また一方、白衣の患者が他の患者を診るという無資格者診療も次々と確認をされており、これに関し逮捕された者は現在八名に達しております。その関係で石川院長逮捕も必至の情勢となっているように思います。さらに、先ほども触れました生活保護法に基づくところの日用品費の不正流用、限度を超えた患者作業、作業療法と称する患者作業など、常軌を逸したこの実態は国民に極めて深刻な衝撃を与えています。この間、明らかになった事実はほんの氷山の一角にすぎないと私も思っておりますし、厚生大臣もそういう認識を持っておられることは過去の御答弁の中で承知をさせていただいております。したがって、私が繰り返してここで言っておりますように、現在大切なことは小手先の対応でなく、つまり、宇都宮病院というその病院の問題に限定するのでなく、ましてや傷害致死で送検されたその二件の問題だけに問題の焦点を絞ってしまうのでなく、我が国全体の精神医療というところにあるべきという精神医療百年の大計に向けてこの事件の徹底的な解明が必要であると思ひます。我が国の医療費が非常に膨大なものになっている、国民医療として将来負担し切れないものになるのではないかとということから、健康保険の一部負担という問題も論議されている中で、それでは精神医療の中で使われている医療費というのは一体どうなんだと、本当に医療に値する医療費がそこで使われているのかどうかという問題の解明も、私はこれとあわせてやっていかなければならぬ問題が含まれている、こう思ひます。 | 甲 B100 |
| 第101回 | 衆議院 | 法務委員会 | 6号 | 昭和59年4月4日 | 議員・小澤克介 | 精神医療における不当な拘禁に対して救済手続の整備が必要であると認識があったこと等 | 特に精神障害者の場合には、病院側からすれば、いつまでも入れておけば点数が上がり、病院の経営上有利である。また近親者につきましても、いわば出てきてもらっては迷惑であるということから、とたく入れておきたいという側に傾きがちである。そういうことから、いわば障害者を不当に拘禁しておくことによつたもの損失は大きい。障害者だけが人権の侵害をいつまでも受ける、こういう状況が容易に想像されるものですから、 ある意味では、刑事訴訟におけるよりもより積極的な人権保障の姿勢が必要であるし、また手続的な保障が必要であるのじゃないか、 そう考へて、先ほどから大臣のお考えを聞いているわけでございます。前回教えていただいたところで、精神障害を理由に拘禁されている者が三十三万人ですか、本人の意思に反して拘禁されている者が、推定でも、受刑者あるいは少年院収容者の五倍以上というふうなことから極めて重大な人権上の問題ではないか。ある意味では、我が国の人権保護政策上の盲点になっていて、かつ文明国である我が国が国のいわば恥部になっているのじゃないか、そう思うわけです。行政手続、とりわけ精神障害者の精神障害による被拘禁者の救済手続の整備について、これは本当は立法の府である国会で研究していかなければならぬところですが、ぜひ法務当局も厚生省と十分御連絡の上、早急にその手続を整備することに、いつまでも研究はどうしようもないので、着手していただきたい、そう考へるわけです。先ほど私が紹介しましたヨーロッパ人権裁判所の判例というのは一九八一年十一月五日に出た判決でございます。尊重されるべきだという法務当局のお考えも先ほど伺ひました。既に数年を経過しております。私は、むしろ早急に着手すべきでないか、我が国法制上の一大欠陥ではないか、そう考へるわけです。これについては特に答弁を求めません。要望として申し上げておきたいと思ひます。 | 甲 B99 |
| 第101回 | 衆議院 | 法務委員会 | 3号 | 昭和59年3月2日 | 議員・小澤克介 | 諸外国に比して、強制入院が多く、入院期間が長く、閉鎖処遇が多いこと、日本の精神医療制度が国際人権規約に著しく違反していると指摘されていたこと等 | 今厚生省の方から我が国における精神障害者の入院状況等について統計的な数字を教えてくださいたいわけですが、私は以上の実態は非常に重大な問題を含んでいると言わざるを得ないと思ひます。まず第一点として、強制入院、これは同意入院という言葉がありますので誤解をしていただいては困るわけですが、これは保護義務者等の同意があれば本人の同意がなくても入院できるというのが同意入院でございますから、本人の意思にかかわらず入院させられるという意味ではまさに強制入院でございます、この強制入院、措置入院、同意入院及び仮入院すべて強制入院になるわけですが、これが八二年に新規に入院した患者で強制入院が七六・一％を占めます。また、横断的な入院患者については、措置入院のみ数字が把握されていて、そのほかはわからないということでございますが、一般的には強制入院の方が在院日数が長いであろうという推測は容易にできます。ただいま教えていただいた数字でも、措置入院に関して言えば、八三年六月三十日現在の入院患者で一一・二％、ところが、八二年の新規入院患者は一・五％。この数字を対比しますと、措置入院患者については在院期間が非常に長い、累積しているということははっきりいたしますので、それらを勘案いたしますと、全入院患者のうち強制入院を受けている者の比率が非常に高い、こういう事実がはっきりしているかと思ひます。どう考へても八割には達するのではないかと。そうしますと、例えばイギリスで先ほどの厚生省の数字で一〇％、私の方で調査した数字では五・三％、これらに比較いたしまして大変に高い強制入院の率になっている、こういうことが統計数字から明らかだと思ひます。仮に八割程度といたしますと二十六、七万人、こういう方が強制的に入院をしている、ということになるかと思ひます。ちなみに、現在受刑者、それから少年院の収容者、これらが概算で五万人程度、これは法務省の矯正局の方からこういう数字をいただいておりますので、これに比較いたしますと、実に五倍を上回る方が精神障害で強制的に入院を受けている、身柄を拘束されている、こういうことが明らかになるわけでございます。それから第二点は、入院期間が非常に長い、今教えていただいた数字でも、全入院者について実に五百二十九・八日、イギリスが百八十九・〇日、フランスが百六十九・八日、米国が百七・五日等に比較いたしますと、実に長い期間入院を受けている、こういうことになるわけです。また、とりわけ措置入院者につきましては二千七百十一日、これは年数にしますと何年になりますでしょうか、六年越しますか、とにかく大変長い年数になるわけです。また、病棟の構造からしても、日本においては二十四時間施設される閉鎖病棟が六割五分に達する。イギリスなどではむしろ開放が原則になっていて、開放八割、閉鎖が二割、こういう実態があるわけです。要するに、先進国の代表例としてイギリスを挙げ、これと比較いたしますと、極めて多数の者が長期間、しかも閉鎖病棟に拘禁状態になっている、こういうことが統計的に明らかになるわけです。すなわち、不必要な者が不必要な期間、不必要に拘禁をされているのではないかと、こういう強い疑いを抱かざるを得ないわけでございます。 | 甲 B98 |
| | | | | | | 救済手続が極めて不備であり、かつ、実績も非常に少ないということが明らかになったのではないかと考へるわけでございますが、時間があつたと五分しかございませんので、最後に、ぜひ指摘をして注意をお願いしたいことがございます。というのは、一九八一年の十一月五日にヨーロッパ人権裁判所というところが新しい判例を出しております。これは、ヨーロッパ人権条約に基づいてヨーロッパ人権裁判所に英国の精神障害者が訴えを起こして、これはその請求が認められた、イギリス政府が負けたというケースでございます。事案は、イギリスの精神衛生法によりまして、裁判所の退院制限命令、要するに実質的には無期限に入院させる命令でございますが、こういうものを受けた人が、その後三年後に、これもまたイギリス精神衛生法に基づきまして、内務大臣の条件つき退院命令というのを受け、一人外に出たわけでございますが、さらに三年後、一九七四年に近親者からの要求でこの内務大臣が再収容命令を出した。その結果、また収容されたままだったというケースでございます。それで、ヨーロッパ人権裁判所はこれを審査いたしました、これはヨーロッパ人権条約の五条四項に違反している、こういう判決を出したわけでございます。その理由とするところは、細かく言いますと時間ありませんが、とにかく精神障害者については、後に拘禁の必要がなくなるのであるから、最初の拘禁が適法だからといって、その後本人が訴えた場合には、それが救済される措置がなければいけません。「無期限又は長期間精神医療施設に強制的に拘禁されている精神障害者は、」司法的性質を有する一定期間での自動的審査がなされるか、あるいは「合理的な期間で、その拘禁の「合法性」を裁判所において、争いうる手続を採る権利を有する。」のだ、ヨーロッパ人権条約五条四項の解釈上そうなるのだ、そしてイギリスにおいては、精神衛生審査会という制度がございまして、そこで定期的審査の機会を与えているにもかかわらず、これは助言的機能だけであつて、釈放命令を出す権限がないということと違反しているという判決を下したわけでございます。イギリスでは早速これに基づいて精神衛生法の改正作業に着手している。なぜこんなことを今申し上げたかといふと、実は我が国でとくに批准しております国際人権規約Bの九条四項、これが先ほどから申し上げたヨーロッパ人権条約の五条四項とほぼ同じ規定なわけでございます。時間があればお読みするのですが、ほぼ同一の規定でございます。したがって、このヨーロッパ人権裁判所の判例のレベルで判断いたしますと、我が国の法制度は、我が国でも既に批准しております国際人権規約B九条四項に著しく違反していると言わざるを得ないわけでございます。違反しているかしていないかというような解釈につきまして法務省の見解を承つてはございません、してないと言つてしまつてはいいからでございます。いずれにしても、イギリス等に比べて格段の差がある。精神障害者の人権擁護に關しましては、極めて後進的な段階にあると言わざるを得ないかと思ひます。 | | |
| 第98回 | 参議院 | 決算委員会 | 6号 | 昭和58年4月13日 | 議員・本岡昭次 | 民間病院の実態、「精神病院経営者は牧畜管理業者だ」という批判も指摘されていたこと等 | 私が多摩川病院という一病院の問題を、この国会で取り上げた問題をいま一度私は明らかにしておきます。労働省の頭のかたい皆さんももう少し柔軟に考へてください。いま 精神医療というのは本当に多くの問題を抱えているんです。その最大の問題は、これはもう前日本医師会会長の武見太郎氏がいみじくも言っているんですが、精神病院経営者は牧畜管理業者だ、 この批判をせざるを得ないような状態にあるんですよ。だから、 こういう状態から患者の人権を守って人間的な触れ合いの中で、この精神医療を開放的な中でどう進めるかということがいまの精神医療の最大の問題なんです。 非常に前近代的な中で病院経営者、労働管理が行われているんです。だから、精神病院で働く労働者も、それでは精神病患者として入院している人と同じような形で人権が侵害されているんではどうにもならないわけで、私は、そこで働く労働者の権利が守られているのか、あるいは劣悪な待遇劣悪な労働条件というものの方が少なくて改善されていくという状況の中で、精神医療そのものがよくなっていく、そういうことについての社会的な関心をここで盛り上げなければどうにもならない、こう思うんです。だから労働省が、それは厚生省の問題だとごまかす、そこに働いている労働者のその置かれている状況についていまいし認識を新たに、今後強力労働者へのバックアップを私は要請をしたい、このように最後に申し上げて質問を終わりたいと思ひます。大野労働大臣、何か私の申し上げたことについて御感想でもあればいいので、終わります。 | 甲 B97 |

| | | | | | | | | |
|------|-----|---------|--------|-------------|-----------|---|---|-------|
| 第96回 | 衆議院 | 社会労働委員会 | 3号 | 昭和57年3月18日 | 議員・梅野泰二 | 民間病院の実態が指摘されていたこと等 | <p>実は私、この都病院の方は一月くらい前に調査に参りました。病院の関係者にもいろいろお話を聞きましたが、牧山理事長という人は、かねがね職員に向かって、君たちの仕事は患者を治療するというのではなくて患者を管理することにありんだ、こういうことを言っていたようですね。ですから、彼にとっては精神病患者というのは治療の対象じゃないのですね。金も上げの手段としか考えていないわけですね。</p> <p>ですから、ほかの精神病院が受け入れに難色を示すような患者でも、何でもいからどんどん都病院に入れてくれ、こういう調子で—こころは定床の三割くらいオーバーして患者を入院させていたようですね。この倒産時点で三百三十四床くらいですが、それで四百三十くらい入院患者を入れる計画だった、こういうのであります。もちろん開放病棟なんか全然ありません。全部廊下はかがみ縮まって中からあかない、こういう状況です。医療スタッフもいつも標準を割って東京都からしばしば注意を受けるという、これは厚生省もお認めになっていますが、そういうことです。</p> <p>問題は、こういう精神病院の実態が都病院だけならばさほど問題はないでしょうが、しかしそうじゃないのですね。実はいま全国の精神病院の多くは似たような状態にある。この点が私は大変心配なんです。</p> <p>もう時間ありませんからこれ以上は進みませんが、一つ申し上げますと、この間も資料をいただきましたけれども、全国の精神病院の病床数に対する入院患者の比率、これが最近の厚生省の調べによると一〇〇・二九、こういうことになっているのですね。少しずつよくなっていますが、この数年ずっと一〇〇をオーバーしているのです。ということは、つまり定床数よりも患者が多いということなんですね。一体はみ出た患者はどこにどうなっているのか。恐らくベッドがなければ、私が行ったある精神病院は、柔道場のようなところに布団が敷いてあるのですね。これが六人が定員だとすれば、七人、八人布団を敷いて寝させる。こういうことでもしなければいけないのですよ。今日時点なお一〇〇%を超えているわけですね。</p> <p>少しずつよくなってきました。しかし、こういうことが放置されている以上、やはり都病院のような事件は引き続いて起こる可能性がある。よほどこの際厚生省としては精神医療問題について抜本的な改革をしろとわなければならないと思うのです。精神病院の関係者の話を聞きますと、大体一〇%定床数をオーバーして入院患者を入れなければならないと言っているのです。これはどこでもそう言うのですね。ひとつこういう事件を契機にしまして精神医療体制の充実を図っていただきたいことをお願いして私の質問を終わりますが、大臣のその点に関する御意見をお聞かせください。</p> | 甲 B96 |
| 第93回 | 参議院 | 社会労働委員会 | 10号 | 昭和55年11月27日 | 議員・高杉迪忠 | 昭和55年の時点で病床数が諸外国に比して多すぎるとの認識であったこと等 | <p>私は昭和三十五年当時の病床数が今日の諸外国の病床数、こういうふうに見えるんです。わが国の今日の病床数は二十年前の欧米の姿ではないだろうか、こういうふうに見えるんです。二十年前から諸外国は精神医療について入院治療に対し深い反省に立って病床数の半減政策がとられてきたと、こういうふうに見えるんですが、この点はどのようにお考えになっていますか。</p> | 甲 B95 |
| 第75回 | 衆議院 | 予算委員会 | 19号 | 昭和50年2月22日 | 参考人・福井東一 | 民間病院の実態が指摘されていたこと等 | <p>ただいま御紹介いただきました福井東一であります。</p> <p>私は現在、精神神経学会の理事をやっておりますけれども、同時に医療問題委員会の委員長をやっております。と申しますのは、いろいろ新聞で皆さんがごらんなったと思いますけれども、精神病院でいろいろな不祥事件が起きております。これは、現実の問題としてひどいと思われるようなことがいろいろ新聞に出ているわけですね。そういう問題は、もしか治療というものが、学術的に考えられていると同じようなものが現実に行われているとしたら、そういうことはあり得ないわけですね。その間をつなぐために、一体その食い違いがどこにあるかということをおわれれば委員会が調査をして、それを学術的にまとめたということと始まった委員会です。私は、その委員会の責任者として、数々の不祥事件の起きた病院に、何の権限もないのですが、何とか中へ入りまして、いろいろ実情を確かめたわけですね。</p> <p>その結果をいろいろまとめておりますけれども、その中で一番はつきり、だれが見てもおかしいと思うようなことは、たとえばこれは滋賀県の病院でありますけれども、精神薄弱者という知恵おくれの患者さんに対して、ちょっと暴れたからといって投網みたいな網の中に包み込んで、そして寝かして置いておいたわけですね。そういう中で暴れているうちに心臓が弱って死んでしまったということもあります。そんなようなことも、やはりただ、おさめておけばいいのだ、入院して治療をされる者が、その中で逆に網の中に拘束されて—私も自分でかぶってみたいけれども、その中で動き一つとれない。極端に言えば、間違えればそのひもが首にかかるということも可能性のあるわけですね。そういう中で死んでいったということが事実としてあったわけですね。それから、やはりその同じ病院ですけれども、ちょっと言うことを聞かなかった患者さんが、特別な保護室といまして、個人だけ入れておく部屋があるわけですね。そこを柱にひもでもって手足を張りつけみたいな形でくりつけられて、それも、いまの精神医療というものに要請されている現状の中では、多少の職員と患者さんのトラブルはやむを得ないでありますけれども、その方は三日間くらいそのまま放置された、食事も運んでもらえなかったそうです。大小便の始末もしてもらえないで、結局おしりが腐りまして、それでたまたま不自由だった片足がほとんど使えない状態になってしまった。そんなようなことも、現実には精神病院の中で行われているわけですね。そのことを、われわれが学会で調査しまして、県庁などに改善の申し入れをしているわけですね。その申し入れ、結果的にはどこまで現実に取り入れられたかわからないのが現状であります。</p> <p>それから、そのほか、たとえば北海道に、これは新聞に出ました有名な病院でありますけれども、北全病院というのがございます。脳の手術というものは、十分にそれまでの経過を見て、最終的にやるべき手術であるということが厚生省の治療方針にあるにもかかわらず、その病院では、入院して間もなくその手術を決定して、行ってしまっておられるわけですね。ということは、脳という人間にとって非常に重要な臓器というものが、治療するはずの精神病院において非常に軽視されている、そういう実態があるわけですね。これは、あくまでもロボットミーという療法でありまして、治療でありますけれども、現実には、本当の適用でなく非常に安易に患者さんに行って、とにかく結果的には廃人にしてしまったわけですね。そういうようなことを気軽にやっておられる現状があるわけですね。</p> <p>それからまた、ある病院で、そういう現状を見かねた患者さんたちが立ち上がりまして、暴動が起きたわけですね。これは静岡県病院であります。ですけれども、患者さんが暴動を起こして何をやったかと言いますと、自分たちのひどい状況をマスコミに訴えたいということで暴動を起こして、それでどうしたというのではなく、とにかくマスコミを呼んでくれれば自分たちは暴動をおさめると、それで自分たちがいかにひどい目に遭っているかをマスコミに発表したところで暴動がおさまった。ですから逆に精神病院の中では、患者さんが常識のある態度をとっておる。そういう現状もわれわれは実際に見てきたわけですね。これは正式な学会の報告として報告してございます。</p> | 甲 B94 |
| 第71回 | 衆議院 | 社会労働委員会 | 33号 | 昭和48年6月25日 | 議員・枝村要作 | 民間病院の実態、その原因が精神科特例（医師・看護師不足）にあるとの認識であったこと等 | <p>精神衛生法の扱いでございますが、自己主張ができない、ないしは少ないこの種の人たちを扱うものでございまして、いろいろ問題が出てくるわけでございますが、人権の問題と一歩深く触接するものこの問題であるということ、私どもも知っておるわけでございますが、どうもただいままでのところ、いろいろと御指摘がございました点については、まことに遺憾千万であります。したがって、今後、精神衛生法の運営並びに病院の管理運営については、厳重にこれを指導監督するようにいたさなければならぬということ、先生の御説を聞いて感じておるわけでありまして、直ちにそのような措置をとらうと思っております。具体的な点につきましては、要は、人道主義に基づいて精神病患者を扱うことが大切なのでございまして、かようなことを中心にいたしましてやっていこうと思っております。いやしくも精神病院が営利に走って、患者の人権を損なうようなことが絶対にないようにいたしたいというふうにしてございます。</p> | 甲 B93 |
| 第63回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第1号 | 昭和45年7月7日 | 説明員・村中俊明 | 昭和45年の時点で社会的入院の存在を認知していたこと、入院中心ではなく地域精神衛生対策が必要との認識であったこと等 | <p>そういう立場で、御存じだろうと思うのだけれども、第一番目に吉田病院における不当入院の問題がありますね。これはどうも私のほうから一方的な説明に終わるようになりますけれども、ひとつこれはぜひ明らかにしておかなければならぬと思っておりますから申し上げますが、これは奈良県の吉田病院に十四年来入院しておりましたある一人の患者の退院要求に端を発して明るみに出た問題です。</p> <p>これで指摘されるのは、長期にわたり不当に入院させておいた、それから院外の作業の名のもとに不当な低賃金労働をさせた病院のあり方に疑念が持たれるという、こういう問題の内容なんですね。委員会はそれについて調査、分析の結果、五つの項目にわたって問題点を指摘しておるわけなんです。</p> <p>その中で一番あげられているのは、その患者の入院は明らかに不当である、こういうことですね。これは精神衛生法の第三十三条の同意入院のそういうところから見えますと、当然批判されねばならない問題に発展してくるわけなんです。</p> <p>それから、同法二十条に基づく保護義務者選任が、実はこの場合行なわれておらないわけなんです。そして、保護者の資格にもならないような人の同意によって入院させて、しかも長期の間自由の拘束が行なわれて、退院可能になっておるにもかかわらず、保護者でもない姉の意思で拘束を続けてきた。ねえさんとその患者との間に、いろいろ複雑な事情があったでしょう。あったでしょうけれども、そういう同意を与えるような、親戚者か何か知りませんが、その資格のない人の意見を優先的に聞いて、そして長期にわたって拘束して、退院してもいいと院長は言いながらも、その同意がないから退院させないということはおかしいことではないかと思っております。こういうふうにして同委員会は結論づけておるわけなんです。</p> <p>さらにこれを発展させていけば、どこにもいえることなんですけれども、精神衛生法そのものがそういう行為、いわゆる患者の人権を無視しておる、そういう行為のさきになっておる。これをよりどころにして院長や病院側がそういう人権無視の行為を公然と行なっているようにおる。そういう結論づけようという一つの集約をおるわけですね。そうなる、やはりただ病院のことだから、そして病院内部の事件だから、厚生行政当局は関係ないというわけにはいなくなるわけなんです。これが吉田病院の実態なんです。</p> <p>二番目は佐藤神経科病院の問題があります。これは名古屋に存在する病院なんですけれども、これは無資格の人が診療を取り扱っておる。そしてその結果、それに基因したかどうか分かりませんが、児童が死亡した事件、そしてそのほか一部の人が横暴な患者と結託して病棟を支配して、他の患者をリンチさせるような事件が起きた。もう一つは、結核に罹患した患者が確定診断のつかないままに、診断がいつから何日待たずにおこなうことになり、診断がつかないままに、これは明らかに身体的合併症に対する予防、医療がこういう精神病院の中には非常に不完全である、不十分であるということをお知らせしたと思うのです。しかもこの病院では一斉検診なんかというものは全然やっていない。こういうことがこの事件のあらましなんです。</p> <p>この問題に対して、同委員会は次のように指摘しているのです。</p> <p>これは結局は医師不足、看護婦不足が招いた一つの問題だということです。これはやはり健康の審議の中でいままでも各委員が十分質問し、討議した問題です。ここにもこういう問題となって、悲劇となってあらわれてきておるわけなんです。だからこれも厚生省としても十分考えていかなければならぬ問題です。それからこの病院では患者がいい治療を受ける権利を十分認められておらないということになっている。いわゆる無資格者によって診療を受けた。患者によって病棟が支配されて、不十分な施設の中で日常生活をおくられなければならないという、こういう質さがお出おるということを見ますと、これは医療行政全般の問題として今後考えねばならぬことだ、こういう指摘をこの委員会はしておるのであります。全く私は正しい指摘だと思っております。</p> <p>三番目は（略）</p> | 甲 B92 |
| 第51回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第1号 | 昭和41年6月29日 | 説明員・若松栄一 | 国は社会復帰を円滑にさせるためには公立病院が望ましいと考えていたこと等 | <p>そこで、その委員会がこれらの実態を調査研究したものの一応結論として方向づけたのが四つあげられております。</p> <p>その一つは、まず第一に医療の姿勢なんです。先ほど言いましたように、精神病院、精神医療というものは、特殊な患者でありますから、公共の福祉という立場で、人権尊重をその次にするという、そういう立場で「社会防衛優先」ということばが使われているのだけれども、その精神衛生法そのものが、やはりそういう骨子でできておる、そういう体制や、「低医療費政策など患者不在の医療を安易に受け入れてしまい、時により、逆にこれらの体制や政策を都合よく利用するにしまっている医療の姿勢。これは医療の長い歴史の中で培われたものであるが、この医療の姿勢の中には、患者のためという理由のもとに、実は患者不在の医療を無反省に行っているわけがあり、事例の処々にそれがうかがえた。」これは私が先ほど言ったような、そういうのを第一に指導して結論づけております。</p> <p>それから二番目に、精神衛生法の体制について指摘をいたしております。「精神医療における医療優先の姿勢に表裏一体となり、社会防衛偏重を正当化し、患者個人の立場を保障しなかつたのは精神衛生法体制であり、この体制が患者の人権を奪うことに医療者の抵抗感を生じさせる大きな原動力となっている。」こういうのを二番目に指摘しております。</p> <p>それから三番目に、患者も巻き込む擯取の体制ということについて指摘しております。「医療とくにその中における精神医療への蔑視による精神病院の貧困は、患者、病院職員、病院経営者がお互いに生きる権利を主張し合い、弱い立場である病院職員、そして最も弱いものとして患者が擯取され、その正当な権利を失っている。」まだありますけれども、四つの中の三つのこういう重要な指摘が、五つの病院を調査した結果、そして分析した結果、一定の結論として出されておるわけなんですけれども、これはたいへん貴重な、これからの提起だと私は思っております。</p> | 甲 B91 |
| 第48回 | 参議院 | 内閣委員会 | 24号 | 昭和40年5月19日 | 政府委員・館林宣夫 | 精神衛生法が隔離收容を目的としていたこと等 | <p>取容定員を超過した患者の措置につきましては、従来も相当きつ都道府県を通じまして指導しておりますが、なかなか入院患者が多くて、しかも病院の規模自身がそれに見合わないというふうな実態がありまして、これの超過收容解消は残念ながら効果をあげていない実態でございます。現在、全国で一〇六%程度の收容状態でありまして、問題は精神病院の中に、一体ほんとうに入院を必要とする患者がいるのか、あるいは自宅その他の方法によって治療ができるけれども適当な施設がないために精神病院に收容されているのか、という実態の問題が一つあるかと思っております。この点につきましては、従来の、何と申しますか精神病院中心的精神衛生対策のあり方について問題がたくさんあると私は考えております。そういうことで、昨年もうすでに発足したわけですが、地域精神衛生ということを中心に患者の家族と患者と医療機関と、さらにこの間に地域を入れまして、こういうつながりの中で—社会的な地域の中で患者のアフターケアをしたいというふうな構想で実は予算も組んでいましてやっているわけでございます。残念ながら、この面の地域精神医療というふうな体系が日本では非常に日が浅くて、地域における、あるいは家族の理解、こういうものが不足のために十分指導できなくておるわけですが、これは今後とも相当強力に地域精神衛生対策というものを進めていく必要があると考えます。もう一点は、精神病院以外に患者の相談をする施設がないというふうな実態が一点あるわけですね。したがって、一番安心のできる病院に入れたい、あるいは相談相手のいる医療機関に入れておきたいというふうな問題が出てまいりまして、これは昭和四十年ですが、精神衛生法の一部改正のときに、精神衛生センターを都道府県に設置することにきまりました。</p> | 甲 B90 |
| 第51回 | 参議院 | 決算委員会 | 閉会後第1号 | 昭和41年6月29日 | 説明員・若松栄一 | 国は社会復帰を円滑にさせるためには公立病院が望ましいと考えていたこと等 | <p>精神のベッドは全国的にお不足しております。しかも、近年におきましては、国及び都道府県の設置いたします公立の療養所のベッドのふえ方が非常に少ないのに対して、民間のベッドが非常に増えておる。私も、昭和四十五年ごろまでに二十一万床程度の精神ベッドをつくりたいという計画を持っておりまして、現在のところ約十七万床程度。しかも、国立及び公立のベッドの比率がだんだん少なくなつてまいっております。こういう点は私どもとしては必ずしも適当でないというふうな点もございまして、できるだけ公立のベッドをふやしたい、しかも、精神医療は比較的新しい分野でございますので、新しい医療の方法を開拓し、また、医療面から社会復帰に至るための中間施設—中間施設と申しますと、病院と家庭との中間というふうなことで考えていただければいいわけですが、そのような試験的な施設あるいは社会復帰を円滑に行うためのリハビリテーション施設というふうなものを将来設けてまいりたい、そういうための試験的あるいはパイオニア的な施設でございますので、できるだけ公的な病院にそのような任務を持たせたいという考えであります。</p> | 甲 B91 |
| 第48回 | 参議院 | 内閣委員会 | 24号 | 昭和40年5月19日 | 政府委員・館林宣夫 | 精神衛生法が隔離收容を目的としていたこと等 | <p>精神障害者が野放しになっておるという状況につきまして、できるだけこれを野放しにいわれる状態から管理された状態に置きたい。そのための方法といたしまして、一つは精神障害者ができるだけたくさん收容されるように、病床の増設をはかるという点が第一点。</p> <p>第二点は、病院に入るほどではないけれども、在宅で療養しておるそういう障害者に対して、適切な指導と助言をしていく必要がある。そういうために今後、年度の精神衛生法の改正におきまして、保健所が専門の指導職員を配置しまして、その職員が在宅患者の指導等を行っている。これによって実態を把握、管理をやっていくという点の一つ。</p> <p>もう一つは、警察官あるいは検察官あるいは保護矯正施設等の職員が、それぞれ疑わしきものを知った場合に、できるだけ通報して、その把握及びその処理ができるように、通報の範囲の拡大をはかっております。</p> <p>また、もう一つ医療機関の側からの意見が出ておりましたが、医療機関の側は通報等によって、患者が医療をおそれて逆に世の中の表面から隠れて、そのために治療がおくれ、逆に世の中に危害を及ぼす事例が出る。そういうことを防止するために、できるだけ患者の早期発見、早期治療が行なわれるようにする必要があるということから、このたびこの在宅患者に対する精神医療の費用を補助するという規定も、年度の精神衛生法に入れたわけでございます。なお、これらの施策を総合的に増強するために、地方に精神衛生センターという技術的な指導機関を設けることも、この際精神衛生法の改正に盛り込んでございます。</p> | 甲 B90 |