

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。それをこれらももって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られるものではないと、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られる場合があると、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。						
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	基本的に、私はこの任意入院の患者さんについてわざわざ病状報告を求めなければいけないこと自体がおかしいんだと思う。本来の趣旨からは考えられないことだと思う。ところが、事実としてそういうことがあるとすれば、それはその病状報告を求めるだけでは根本的な解決にはならない、非常にへんてこなやり口というふうには指摘をせざるを得ません。						
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必要を認識して、そう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きました。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づいて、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じゃないか、そういうお話をよく聞くんですけども、その点については、大臣、いかがお考えでしょうか。	
					国務大臣・尾辻秀久	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	【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も、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、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。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
					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	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
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べて、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っしゃいます。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。						

					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していただいた上で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。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開放、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、こういうふうに私は思わざるを得ない。</p>	甲B142
						<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。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くる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華々としてきております。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はございまして、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いえ、それはそういうふうになっていなかったわけではございません。</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はございます。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はございますが、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はございますが、地域における受皿が充実していないということだと思います。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ございます。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はございまして、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。やはり人の配置の問題に突き当たってくる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病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ございます。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す。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はございますから、プライムかどうかということにもなるわけではございますが、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>	

第156回 参議院 法務委員会 13号	平成15年5月20日	参考人・藤丸成	精神医療における多くの差別が指摘されていたこと等	<p>私どもの協会は、昭和二十二年、全日本看護協会として発足し、昭和五十一年、法人として認可され二十八八年が経過いたしました。全都道府県に支部を持ち、会員所属施設が公立・民間、単科・総合を問わず広く精神科医療全般にわたっており、精神科看護の向上と患者さんの社会復帰の促進を目標に活動を行っております。さて、これまでの法案につきましては多くの議論がされてきました。私は、四万余名の会員を代表して、精神科医療の現状を踏まえ、当協会の調査等に基づき、現場で働く看護者の立場から意見を述べさせていただきますと思っております。</p> <p>現状の精神医療について。 本法案が対象としている患者さんは、現在、精神病院において他の患者さんと変わることなく処遇されております。御存じのように、精神科は他の科に比べて、少ないメンバーの中で、私たちはどのような患者さんも一人のひととしてとらえ、社会復帰に向け、できる限りの取組を継続的に行っております。</p> <p>(略)</p> <p>新たな差別を生み出さない対策について。 精神疾患や精神障害者に対する差別や偏見は一般社会の中に根強く残っております。精神医療施策の最も大きな課題はこの差別や偏見の解消ではないでしょうか。誤った施策によって、ハンセン氏病の患者さんたちは長く差別の中で隔離された生活を余儀なくされてきました。精神障害者についても、多年にわたって隔離収容政策が取られてきたことは事実であります。新たな行動制限を伴う施策の決定に当たっては、社会的差別や偏見による差別を生み出さないよう努力することが求められます。差別や偏見がこれまでの施策によるものである側面も否定できない以上、精神疾患や精神障害者に対する差別や偏見をなくするための具体的な取組が幅広く行われることが必要です。</p> <p>私どもの協会では、精神衛生法から精神保健法へと改正された昭和六十三年七月一日を「このころの日」として位置付け、毎年七月一日に市民向け講演会などを開催してまいりました。国を含め、関係する団体がそろって精神障害者に対する差別や偏見をなくすための活動に取り組むことも必要ではないでしょうか。</p>	甲 B139
参考人・高木俊介		参考人・高木俊介	日本の精神医療体制は貧困であり、かつ、差別が強いと指摘されていたこと等	<p>そして、どの参考人の方も、賛成するにせよ反対するにせよ認めていること、これが三点あります。精神障害の問題は他人事ではないということですね。それから、精神障害者に対する根強い差別、偏見というものが現実には今の社会にはあるんだということ。そして、我が国の精神科医療の体制、福祉の体制というのは非常に貧困なものであるということ。</p>	
参考人・蟻塚亮二		参考人・蟻塚亮二	国際的にみて、日本の地域福祉が不十分であると指摘されていたこと等	<p>話の中身というのは大体書いておきましたので、これ、確認するのではつまらないので、幾つかキーワードごとにお話ししたいと思います。</p> <p>「はじめに」というところは飛ばしまして、そもそも、私、疑問に思うんですけども、今の精神保健福祉法そのものが実態としては入院手続法ではない。精神衛生法という昔の法律がありましたけれども、その中身というのは入院の手続でしかなくて、どこに衛生があるんだということです。その骨格をずつと今の法律も引きずっているわけで、今の精神保健福祉法も入院手続法でしかないわけです。</p> <p>私、精神保健法できるときに非常に期待したんです。というのは、精神保健法に衣替えるからには、例えば欧米でやっているような、人口三十万に対して、をキャッチメントエリアというふうな決めて、その中で救急からリハビリまでを全部システムとして整備するというふうな政策的なものが入るんだらうと思っていたら、全然入らなかった。たかだか三種類の社会復帰施設が規定されただけでしかない。がっかりしました。</p> <p>そういう点でいうと、今のこの法案に、今国際的な潮流になっている地域ケア、精神科地域ケア、これが全然担保されていない、そういうことが非常に問題で、だとすると、今回の法律を作ったとしても、地域に帰るといことがないわけだから、やっぱり入院手続法になっちゃうんだらう。結局、この対象になる方は長期入院を繰り返す、悪循環を繰り返すことになってしまうんじゃないかというふうに思います。</p> <p>それから、(3)のところですけども、これ、日本の政府の非常に犯罪的な問題だと思わなければ、日本の精神科のベッドというのは三十三万あるわけですね、人口一億二千万で、イギリスは人口五千五百万に対して二万五千しかない。仮に、イギリスの人口を倍にすると、精神科のベッド数というのは五万ベッドあればいいわけですね、日本は、ということは、三十三引く五だから二十八万の人たちが理由もなく精神病院に抑留されているわけですね。この責任はやっぱり政府が取らなきゃいけない。ハンセン氏病の問題と同じです。何でそうなったかということ、世界じゅうの国の中で精神科医療を民間が主体となってやっているといるというのは日本しかないんです。かのサッチャーでも、イギリスの民営化路線を一生懸命やったサッチャーですらも、精神と高齢者だけは民営化しちやいかぬというふうにして絶対手を付けなかった。そこをどうも延々と民間にやらせてきたのが日本政府の歴史の誤りだと思わす。そのことが長期入院者を生み出してきた。</p> <p>民間病院というのは、私も民間病院ですけども、一生懸命患者さんを、離し患者さんを退院させようとするとベッドが空になりますね。がら空きになった分、収入は減るんですよ。そうすると人件費出せない、そういう仕組みになっています。だから、精神というものは民間でやっちゃいかぬです。</p> <p>つまり、消防とか警察を民間にやらせたらどうなりますか、消防が人件費増やすために自分が火付けて走り回ればもうかる、それと同じですよ。そんなばかことをずつとやってきたわけだ、日本の政府は、そういう民間依存体質ということを何としても変えなきゃいけない。</p> <p>それから、外来診療だけで食べていける診療報酬を保障せよというふうにして六八年のクランク動向の中で指摘されています。これを厚生省が無視したわけですね。クランクさんというのは、私、彼が四冊書いた本の中の二冊翻訳して出版していますが、今でもメールのやり取りして友達なんですけれども、日本においてそのクランクさんが外来診療だけで食べていける精神科医療を作れたと言ったにもかかわらず、作れなかった。</p> <p>したがって、外来というのは地域ケアを視野に置いた最前線なんです。それが不十分だ。そうすると、ますます、更にそうすると地域で精神障害を抱えている人たちに対する福祉的なサービスなんというものが全く進歩していない。全国でいわゆる社会復帰施設のある市町村というのは一割しかないわけですね。そこをどうもやっというゆる無法と言われる人たちを雇っていきけるのか、絶対無理ですね。</p> <p>ということは、今の精神保健福祉法というのは、例えてみると穴の空いたバケツですね。穴の空いたバケツから水が漏れるものだから、仕方なくてまたちょっと小さめの穴の空いたバケツで補おうというのが今回の法律だろうと思わす。何やっておるのかと思わすね。</p> <p>高木先生も言われましたけれども、地域のサービスを充実させれば、コミュニティーケアを充実させれば初犯は減ります。保健婦さんが地をほうような努力でもって病院にかかわらない人を一生懸命説得して病院に連れてきてというケースを私、何回も経験しています。そういうふうな地域ケアを充実させることによって初犯を減らすことができる。再犯については高木先生が言われたように低いわけですから、何らこの法律は必要ないというふうに思います。</p> <p>結局、そうなるべくと、この法律の目指すところというのは、相も変わらず安上がりな収容を続けることだろうかというふうな勘ぐりたくなりますね。</p> <p>それから、今度の法案では、これは坂口大臣が言うには、一つの果に一つか二つの特殊な施設を作ることなんですけども、いろんな問題がある。一つは、手厚い医療をやるんだと言わなければならない、日本の精神科の医師の数というのは全医師数の四割でしかない。精神科病床が三十三万あるわけですから、大体、全医療病床の中の二五％ぐらいですね。二五％のベッドを四割の精神科医がカバーしている。これが無理なんです、そもそも。</p> <p>何でそうなるのかということ、医学教育の中で精神医学に割かれる時間数というのが四割ぐらいしかないんですね。医師の国家試験の中でも、産科、婦人科、内科、外科、小児科、公衆衛生、そこに精神科は入っていないんです。精神科はメジャー科目でなくて、マイナー科目になっている。だから、精神科医にならうという人が少ない。その文部行政から直さなきゃいけない。それから、何とかして精神科の医師の数を一〇％から一五％ぐらいまで増やしてほしいというふうな思っています。</p> <p>それからもう一つ、そういう特殊なシステムを作りますと、私は恐らく、多分その対象になる人たちは暴力と長期入院の悪循環をらせん状に下っていくような関係が生まれるんだらうと思わす。というのは、慢性、長期に入院している方たちがそうなんですけれども、いわゆるシックスロールというのがあるんですね、患者としての役割というのが、——あと五分ですか。例えば、私たちが熱出して風邪引いたときには、早く帰って休んでもいいよと言われるのがシックスロール、患者としての役割なんです。これは急性の病気のときには非常にメリットになります。本人にとっては、ところが、慢性長期の人にとってはこのシックスロール、患者としての役割というのはデメリットになるんですね。</p> <p>つまり、帰るべき家持たない、仕事もないという人たちが、精神病院に長期に入院しておられる方がたくさんいます。そのときに、もし治れば病状出ないかきやけけない、看護してもらえない、御飯食べれない。そうすると、彼らがやらなきゃいけないのは、より精神科らしく振る舞うことしかできないんですよ。私は、その辺見放して、何か問題起こしたときには直ちに強制入院にして、責任取れと言っています。</p> <p>今の精神病院の悪いところは、患者さんに対する責任とか自由とか権利とか、そういう人間としての尊厳の基本にかかわるものを、患者だということの名前でもって剥奪してしまっている、これが問題だというふうに思っています。同じようなことが、今回のこのいわゆる心身障害者法の対象者に関しても言えるんじゃないか。</p> <p>つまり、社会的なよりどころがない精神科の患者さんに対して、新たに犯罪者というアイデンティティが加わるわけです。そうすると彼らはどう思うか。おれはどっちも犯罪者なんだから、多少暴力を犯したっていいやというふうな思っちゃう。そうすると、暴力と長期入院と、そして暴力と長期入院が悪循環を繰り返すだけですよ。そういう犯罪者の役割といいますが、オフエンダーロールという、そういうものを生み出すんじゃないかということをお供しています。</p> <p>それから、いわゆる保安病院、イギリスで言うところの保安病院の問題ですけども、イギリスにしてもノルウェーにしても、私、どっちも行きましたけれども、どこもかしこも保安病院というのはスタッフが先に沈んで駄目になっちゃっている。いわゆる名古屋刑務所での前事件起きましたけれども、あれと同じようなことが保安病院のスタッフが犯しているわけですね。クランクさんたちが、かつてイギリスのいろんな優れた病院から医者と看護婦のチームを保安病院に派遣させて、罰金として派遣させて、そして調査させて、自分たちの病院に何人かずつ連れて帰った。それで、自分たちの病院で治療して退院させたということがあります。</p> <p>そういうふうにして、別に保安病院、新しい施設も作らなくても、作ることに弊害の方が大きいわけであって、むしろ地域を中心にした医療に日本全体の精神科医療を再編成し直すことの方が大事だ、そのことしか今回の問題というのは解決しないだろうというふうに思っています。</p> <p>それから、最後に、私の配付した資料の、「精神障害を持つ犯罪者のリハビリテーション」という、これ私、訳した本ですけども、その百八十八ページのこの八行目のところを見てほしいんですけども、「ある場合には二十人以上の担当ワーカーが彼女のケアに動員されることも珍しくなかった。」とあるんですね。一人のいわゆる犯罪を犯した患者さんのために、イギリスでは必死になって地域で頑張ってケアしているわけです。そのときに、二十人以上も寄ってたかって一生懸命やって走り回ってケアすることですよ。そのことが果たして日本でできるのか、できないですね、日本では、到底そんなシステムないから。まして、法務省の一般犯罪者の更生を目的とする保護観察所が今でさえも手一杯なのに、そこが拠点になるなんていうことはまず絶対無理だと思います。</p>	
参考人・藤丸成		参考人・藤丸成	精神科特例の問題が指摘されていたこと等	<p>実際に、精神科医療は、皆さん方、既に今までいろんな方が述べられたように、精神科については医師の数が四十八対、患者さん四十八名に対して一人、それから精神科看護員においても四対一又はそれまでの経過措置として五対一、六対一という状況が今現在あるわけですが、そのような中で精神科医療の低さをどうカバーするのかというのが一つの問題かと思わす。</p>	
参考人・蟻塚亮二		参考人・蟻塚亮二	国際的にみて、日本の地域福祉が不十分であると指摘されていたこと等	<p>地域の中で生活していくための必要な要件というのは、仕事、住居、仲間、医療という、とりわけ住居というのがないことには地域で生活していけない。その点でいうと、イギリスなどで見られる住居ケアという概念がありまして、いろんな団体が、国の補助を受けていますけれども、住居を精神科の患者さんに提供するための目的を掲げたいろんな団体が活動しているわけですね。だから、家がなくて、帰るところがないというふうな方がおられても、大体三週間ぐらいの住居はすぐ見付かるというのがイギリスの現状ですね。</p> <p>それから、日本ではその点は非常に単純、お粗末だと思わすんですけども、今のところ、グループホームだとか、それからいわゆる支援家、生活訓練施設というふうなものしかないですね、住居は、福祉ホームもありますね。ところが、支援家にしても、二年間又は三年間という期限がある。イギリスなんかは期限なしですよ、全然。期限限るのは日本だけです。まるで受験競争みたいに期限付きで出ていけと言われているわけですね。</p> <p>そういう期限はやっぱり設けるべきじゃないというふうに思うのと、それからアメリカでもイギリスでもそうですけども、そのケアの度合いに応じたグレードを付けた住居を、そういうパラエティーのある住居、例えばかなり自立度の高い人であれば管理人がほとんどいなくて全部自分たちでやるところもあるわけですし、イギリスなんかで夕食のときだけコックさんが来て御飯作ってくれるということもありますし、二十四時間スタッフが常駐しているということもあります。そういういろんなグレードというか、パラエティーに富んだ住居が必要だろうというふうに思っています。</p> <p>それから、さっきの藤丸参考人のお話で地域の偏見云々ということが言われましたけれども、実際は地域の方々が精神科の患者さんを見ておられるかということ、医療の診断学を物差しで見ているわけではなくて、朝会ったときにおはようと言ったらおはよう返事が来るかどうか、違う診断学を持っているわけですね。そういう点でいいますと、私の病院での経験ですけども、支援家の人たちは一緒に町内会のどぶ掃除をやるとか、そうやって溶け込んでいきます。</p>	
参考人・蟻塚亮二		参考人・蟻塚亮二	国際的にみて、日本の精神医療を変える必要があると指摘されていたこと等	<p>それから、心と体というのが人間の基本であるわけですので、やはり心の問題、精神医学教育を医学部の中の柱の一つにするべきだと思わす。その点では、日本はずっと医学教育の中で精神科教育がほとんど、もう時間数でいうと四割ぐらいしかない、排除されてきたということがあるわけですね。それは変えなきゃいけない。</p> <p>それから、基本法でいうと、やっぱりアメリカのような差別禁止法みたいなものをすべてのいわゆる障害と言われるものを持つ人に対して作る必要があると思わす。</p> <p>それから、国際的に見ると、日本がこれだけ精神障害者を一杯抱えて、要するに福祉に対して金出さぬということが日本たたきの原因になっているんだと思わす。例えば、ヨーロッパはイギリス辺りに行くと、日本の自動車のセールスマンというのは日曜日でも働くと、けしからぬ。わしらは日曜というのは教会に行くために休むんだ。ところが、あいつらは日曜日働いて車売っていやがる。それで、しかも車の値段安いから、何で安いのかと思ったら、福祉に金投じないから安くできるわけですね、車が。これは公正な競争じゃないというふうに見られるわけですよ。で、日本たたきになる。</p> <p>そういうことも考えて、日本の精神科医療というのをやっぱり国際的に直していかないと、日本というのは本当に妙な孤立した国になってしまうんじゃないだろうかとことを心配しています。</p>	
第156回 参議院 法務委員会 10号	平成15年5月8日	議員・江田五月	日本の精神医療政策が依然として遅れており、ハンセン病と同様の問題を抱えていると指摘されていたこと等	<p>私どもは実は、医療の関係でいえば、つい昨日まで大変な過ちを繰り返した経験があるわけで、言うまでもなくハンセン病問題ですよ、らい予防法というものが本当にもう一つの関門まで残ってしまった。これによって必要がない人に対して強制的に入院させて社会から隔離をするということをやってしまったわけで、本法案の成立、施行でまた同じ過ちを繰り返すことになるのではないかと指摘もある。</p> <p>これは現実的に、今、精神科医療の世界で大変な長期入院というものがあります。昨日も私は説明を受けたんですが、若干減ってはきているとはいっても、平成十一年で見ると十年以上の入院が二八・九％、五年から十年が一四・一％という、精神障害者による入院患者の入院期間別分布というものをみますと、そして、世界の動向の中で日本が一体どういう位置にあるか、こういうものをずつと見ますと、やっぱり日本ではまだまだ精神科病棟に入れられたらもうずつと出られないという、そういう、そこまで言うと言いつ過ぎだとしても、それに近い現実がある。そんな中で、この今回の法案を成立、施行ということになりますと、やはり必要もないのに長期隔離をする、そういう事態が出現をするのではないかと、そういう懸念をめぐることができない。</p> <p>(略)</p> <p>しかし、共通認識も十分あると思わす。我が国の精神科医療の現状が、長期入院が異常に多い、スタッフが非常に不足している、地域のケアが弱体である、あるいは社会的偏見がなお根強い、こういう重大な問題を抱えている、これを早急に抜本的に改革が必要だと、こういう共通認識はこれは共有しているんじゃないかと思わす。塩崎議員と漆原議員、順次お答えください。</p> <p>政府の方にも同じ趣旨の御質問をしておきます。この長期入院が異常に多かつたスタッフは非常に不足していたり、あるいは地域のケアが弱体、社会的偏見がなお根強い、こうした今の日本の精神科医療を取り巻く状況は非常に悪くて、これを改善をしなければならぬ。佐々木委員が先ほど言われた司法精神医療の未熟といいますが、そういう問題も共有でしょう。こういう問題意識、これは法務大臣、それから厚生労働副大臣、共有していたらいいんじゃないか、どうでしょう。</p>	甲 B138
国務大臣・森山眞弓		国務大臣・森山眞弓	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>おっしゃる通りに、この分野については我が国は残念ながら少々後れを取っているというふうな私も認識しております。この機会にその精神医療全体についてレベルアップをし、内容も充実していかなければいけないということを基本的に考えております。</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。官公立病院は、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、官公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よ。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る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、差別の苦しきです。発病によって、夜は離れていきます。職を失う、学園から退学される、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ほし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、この病院はことしの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ニング、いわゆる食堂みたいなところですね、精神病院ではダイニングなどと言いますが、その窓の鉄格子に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範囲でした。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が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つ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。一般の精神病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おります。	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る。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	病床数と精神科特例の問題点を指摘されていたこと等	四十一年間もおくれ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ければいいんですけどね。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	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は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	精神医療の問題は、ハンセン病と同様に、国が差別を助長してきたと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まず申し上げたいと思いますが、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、そうじゃないんだ。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。刑法犯の検査人員三十九万九千六百四十九人のうち精神障害者の方は二千七百七十二人、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、精神病の障害の方々に差別し、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・瀬古由起子	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もありますが、医師についてはまだ十分改善が見られてい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一人、看護婦が六人に一人、薬剤師が五百五十人に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べきではないでしょうか。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いるところではございますが、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ただ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は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はございまして、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はございますので、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ていただき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られるわけですね。	
					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はございますが、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、精神病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点がございまして、それから、精神病床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られるわけですね。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認識を開きたいということ、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見ていかねばいけないんじゃないかと思っております。</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> <p>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> <p>現在の我が国の精神医療にしまして、私どもの認識を御説明申し上げたいと考えます。</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>	甲B130
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 国務大臣・坂口力 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、そして多磨全生園に行っ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っております。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っております。</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> <p>[上記の質問を受けて]</p> <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ハウスや、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思っております。</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やらないと思っております。</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>	甲B129
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っております。私がきょうお話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府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って活動を続けてきております。</p> <p>この栃木県宇都宮府院事件では、今閉鎖空間と申し上げましたけれども、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、大阪で大和川府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、西の宇都宮府院事件と言われる事件でございます。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府院事件、そして平成九年、一九八七年に発覚した大阪の大和川府院事件、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、宇都宮府院事件で指摘された医師、看護者の絶対的不足というのが大和川府院事件の時代には解決されていたのだからということと、全くそうではないと思っております。ほとんど宇都宮府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、私自身のみならずこの事件に取り組んだ立場から、大和川府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おっしゃりたいと思っております。</p> <p>三度、大和川府院事件というのは、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府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、この大和川府院における劣悪な医療実態、医師、看護者の絶対的不足、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、大和川府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、大和川府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も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はい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。そのことによって初めて、この大和川府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>この大和川府院の医師、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って、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、この大和川府院のそういう医師、看護者の絶対的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、約四年間におわたっ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っ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、したがって適正な医療と見える実態ではない、その結果患者が死亡するに至っ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、この事件を契機にとうとう、私ども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府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、日本の精神科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えでございまして、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、教えていただきたい。</p> <p>このような合理的な根拠のない精神科特例によってもたらされた精神病院における医師、看護者の絶対的不足というのが、先ほど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問題を手がかりに精神疾患に対する社会の関心は広がっております。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もあります。</p> <p>この人手こそ治療の最も有効な道具だという、その最も有効な道具を制限し、少なくしていくというように言っているのが医療法の精神科特例であります。これは、今回の医療法の見直しの中でぜひとも見直されるべき課題でありました。私どもは、当然そういう方向で見直されるということをはっきり確信していただいております。</p> <p>そして、この医療法における精神科の特例というのは、単に医療法の問題にとどまりません。要するに、精神というものは他科と違っていいんだ、こういう意識、これが行政にもあり、その行政にある意識が、世間一般の差別と偏見をより一層助長し、拡大するという極めて犯罪的な役割を果たしているという事実であります。</p> <p>(略)</p> <p>このように、精神は別だということで本来保障されるべき権利が精神障害者の前を素通りしてしまっているという実態が、長年にわたって放置されてきた。そういう意味で、医療法の精神科特例というのは、精神障害者差別の最も象徴的な条項、規定と言わざるを得ない、これを改めることなしに精神医療のより適正な医療水準の確保ということとはあり得ないんじゃないだろうかというように私は考えております。したがって、今こそまさに、二十世紀の遺物というように私はあえて呼びますけれども、これを二十世紀最後の本国会で廃止していただく、その方向に一歩踏み出していただくことこそ決定的に重要であるというように考えます。</p> <p>しかしながら、最近この問題をめぐる議論のありようを聞いてみますと、むしろ逆の方向になっているのじやないだろうかという危機を感じる項目が多々あります。</p>	甲B128
第150回	衆議院	厚生委員会 6号	平成12年10月25日	議員・山井和則	精神科特例によっ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っ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く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精神医療の分野であると思っております。</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、それを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っております。</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ってください、普通の病状と同様に扱ってください、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いの入院を中心に、三ヶ月ぐらい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、十年も入院させるのには、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って、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。冒頭にございますように、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いの、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っております。</p> <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っております。</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々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った、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った、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ころってまいりました。さまざまな形で社会的復帰ということに対する取り組みも進んできたというふうになります。</p> <p>こうした流れに対応する観点から、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ような指摘がなされておまして、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> <p>議員・山井和則 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いうような現状認識に立っておられるんですか。</p>	甲B127

					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答える理由は、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、私は理解を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りますけれども、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とか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答えておられますが、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答えておられます。	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、そ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答えておられます。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られ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答えておられます。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つておられます。そういうような考えをお持ちのものから、今の精神医療に對します一般医療との格差についてどのようにお考えになつていらつしやるか、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ひまして、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、他国に比べまは精神科病床は多いということが言えようかと思つておられます。 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答えておられます。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られます。 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つておられます。 翻つ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つておられます。 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つておられます。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のこと。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>議員・土肥隆一</p> <p>日本の精神医療の問題点が依然として改善されていないことを指摘されていたこと等</p>	<p>民主党の土肥隆一でございます。</p> <p>昭和六十二年に精神保健法の改正があって、それから五年ごとに法律を見直しをまいりまして、これからまた五年、精神保健福祉の分野でまだまだ立ちおけている精神科の患者さんに対する医療、福祉、それを充実していかなければならない。そういう意味では、五年ごとのピッチを上げてきたということは大変よかったと私は思っております。このピッチを緩めてはならない。したがって、あと十年ぐらい、五年刻みでこの精神保健福祉法の充実に向けて頑張らなければならないと思っております。</p> <p>それは、日本の精神科の世界が、あるいは精神科の世界が非常に不幸な出発をいたしまして、日本人の強悍の偏見とか精神科に対する無理解から、医療の現場におきましても、あるいは病院におきましても、あるいは市民感情からいたしまして、大変たくさんは無理解や誤解、そして偏見に満ちた日本の社会における精神科の患者さんのケアを今後どうするかということ、はまだたくさん課題が残っているというふうに考えるわけでありまして、</p> <p>一方、行政の方も、私の勝手な言い方をさせていただければ、精神科の世界を民間病院にゆだねまして、ほぼ民間に任せて、国、地方も含めて多くの関与をしなかった。そのことがまた逆に民間病院を生か残らせ、そしてまた入院患者も、社会的入院などと言われるすけれども、病院の経営上、ベッド数を満たすような意味においても民間優先でやってきた。そして、民間優先はいんだけれども、民間に大幅に、九〇%、九五%以上依存していますから、はっきりした物の言い方が行政の側からもできない。医療監督にいたしましても、さまざまな指摘におきましても、まことに腹の引けた行政ではなかったかというふうには私は思うわけでありまして、そして、病院は自分の病院のベッドさえ埋まれば経営は成り立つわけでありまして、そうした動き、傾向がずっと続いてまいりました。</p> <p>しかしながら、さすが今日に至りまして、患者さんの人権とかあるいは長期社会的入院をどう解消するかというときになりますと、やはり環境整備として、この福祉、長期入院の患者を受け入れることのできる地域、そして社会復帰施設などの必要が叫ばれるようになりまして、今日では、特に今回の改正法案ではかなりの部分見通しが立ってきた、めどがついてきた。だけれども、仕事をするのはこれからだということも痛切に思うわけでございます。</p> <p>私は、大阪にありました安田系病院、精神病院でございますけれども、大和川病院の問題についてこの五、六年かかってまいりました。そして今日では、この法人が持っております三つの病院が一気に崩壊していく、あるいは私の言い方を許していただければ、行政による強制的撤退といいたまうか撤退といいたまうか、そういう一時的な荒療治、荒仕事をやってきたというふうに思う次第でございます。その辺は、今回質問をするに当たりまして詰めてさせていただきます。</p> <p>この大和川病院につきましては、実は私、平成五年にこの厚生委員会で大和川病院の問題を取り上げました。大和川病院に参りましてその余りのひどさにあきれ返りまして、約一時間にわたって厚生省に対して質問をいたしました。これが平成五年の六月の二日でございます。そして、今日、平成十年になりましたとやうと、大和川病院を初めとする三病院の余りのひどさに厚生省も腰を上げて、大阪府と協力して病院の閉鎖に及ぶわけでございます。その三病院が完全に閉鎖いたしましたのが平成十年の七月でございます。八月の五日には三病院の入院患者が転退院を完了しております。ですから、五年から十年まで、正式に言いますと約五年です。くしくも平成五年に精神保健法の改正があって、今回また再改正をやろうとしている。実は、五年間、私はこの大和川病院の問題について訴え続け、何とかしなければいけないということを繰り返してまいりましたけれども、腰が上がりませんでした。例えば、平成五年には二回、四月と七月に実地指導をいたしました。平成六年は一回、平成七年も一回、平成八年も一回、平成九年になりまして急に動きが活発になりまして、立て続けに指導をいたしまして、八月にはこの病院を閉鎖するというところでございました。</p> <p>私はその間、実はこの病院から告発を受けておりました。この病院を私は訪問いたしました。それが平成五年の五月の八日のことでございます。そして、そこで院長に会いまして、もう少し患者さんを大事にするような病院にしてほしい、その年二月にこの大和川病院の入院患者が死亡いたしました、その件について、どういうことだったのですかということを開きに行ったわけでありまして、院長の部屋でまことに平穏な対談をいたしました。</p>
<p>指定医制度が機能していないと指摘されていたこと等</p>	<p>指定医に関して、指定医の精神科の管理者への報告というのがございます。三十七の二でございます。これを見ますと、指定医が非常に重要だということが繰り返して強調されております。なるほど、そうでございます。精神科は、指定医によってよくも悪くも決定すると私は思っております。ところが、指定医の任事は、三十七条の二でございますけれども、指定医は、その勤務する精神科に入院中の者の処遇が三十六条の規定に違反しているときは、当該精神科の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置がとられるよう努めなければならない、こうなっております。</p> <p>大和川病院の例を言いますと、指定医がいるんです。だけれども、これは雇われ指定医でございます。当然、院長は指定医じゃございません、三つの病院を経営していますから、そして、この院長というか理事長が、現場にいないにもかかわらず、一々細かに指示するわけですね。ですから、この次はどうしようかと電話で問い合わせして、私が訪問している間もそうでしたけれども、もう理事長、院長の言うままなんです。</p> <p>それで、どんなに良心的な指定医であっても、患者さんが不当な扱いを受けている、規定に違反しているから精神科の管理者にその旨を報告して、そして管理者が入院中の者の処遇の改善のために必要な措置がとられるように努力しない、努めなさい、こうなっておりますが、こういうことが果たして実現可能なのか。何をもちょうこのような法案が出てきたのか、実態はそうじゃないんじゃないか。報告とはいかにも報告が引けた表現ではないでしょうか。私の表現を言わせていただければ、指摘して説得せねばならないぐらいの文言にすべきだと思います。</p>
<p>精神科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</p>	<p>まさに今部長がおっしゃったそのデータ、入院していらっしゃる三十万人以上の患者さんの中で、最近は何れも任意入院が多いわけでありまして、年間たった九百六十八人しか退院請求がなかったということ、そのうち不適当と認められたのが五十九人、それから待遇改善請求ではたった五十件しか請求がなくて、そのうち三件を不適当と認めたということがこの調査室が作ったデータに出ております。</p> <p>これは何かやはり秘密が隠されている。患者さんたちはうめき声を上げながら暮らしているのに、ここまで、つまり都道府県なり審査会なりにアクセスできていないんじゃないでしょうか。あるいは逆に、病院がこれを抑えているんじゃないでしょうか、余り自分のうちの病院のことをがたがた言われると困ると。そういうことじゃないかと思わざるを得ないであります。</p> <p>細かいデータを挙げれば大和川病院でも出てまいりますけれども、私は、こういうデータを見ますときに、医療保護入院だけでも八万人からの人を審査している精神科審査会の審査状況を見ますと、いかにも少ない。そうしたら、三十数万いらっしゃる精神科の患者さんは、そのうちの千人だけ除いてあとはみんなハッピーで、退院もしたくない、あるいは一切の処遇改善の苦情もない、もうこれだったら日本の精神科の世界は何の心配もないんじゃないかと思うくらいであります。そういう見方は誤っているんじゃないでしょうか、お答えいただきたいと思っております。</p>
<p>公的機関が責任を果たす必要性を指摘されていたこと等</p>	<p>きょうはもうこれで終わりますけれども、私は、意見を申させていただきますが、公的な機関、特に都道府県の精神科の設置、そして政令指定都市も設置義務にして、もっと公的な病院が日本の精神科の世界でリーダーにならなきゃいけない。せんだって国立病院でも事故が起きたけれども、事故が皆無であるというような施設は一つもないわけでありまして、それは社会福祉施設から何らか全部そうでありませうけれども、やはり、公的な病院がもっとリーダーとなって精神科の世界を引っ張っていただくべきじゃない、そういうことだろうというふうには思うのであります。</p> <p>入院患者数が三十三万九千九百九十二人が公立であるということから見ると、精神科病院というものは非常に開設がしにくい、そして地域の理解を得るのは難しい。もっと行政が積極的に精神科の世界にも乗り出して、医療の質を高め、社会復帰施設、福祉の部分でもっと公立が担わないと、民間の病院だけに依存しているのでは日本の精神科の世界はよくならないということをあえて申し上げさせていただきます、終わります。</p>
<p>議員・青山二三</p> <p>国も、平成十一年の時点で長期入院者の数が変わらず、社会復帰施設が十分でなかったことを認識していたこと等</p>	<p>それでは次に、長期入院患者の現状についてお伺いしたいと思います。</p> <p>社会復帰施設の整備のおくれや地域における生活支援の整備のおくれなど、社会的な受け皿不足が長期入院が一向に減らない要因の一つとして挙げられております。長期入院者の病状はさまざまであると思っておりますけれども、入院者総数三十三万人の約半数以上は、病状はおさまっているけれども帰る場所がないために退院ができないといういわゆる社会的入院であるとも言われております。</p> <p>精神科に入院している患者さんの平均在院日数を見ますと、新しく入院される方は比較的短い期間で退院をされておりますけれども、五年以上という長期入院の場合は、昭和五十八年で四七・八%、平成八年で四六・五%と、ほぼ変わっておりません。こうした実態をどのように認識されているのでございますか。</p>
<p>説明員・今田寛隆</p>	<p>御指摘のように、特に長期の入院をされていらっしゃる患者さんの割合というのが余り変化をしていない。短期の方は比較的、どんどん入院期間が短くなっておりまして、長期の方々が、これだけ時代が推移したにもかかわらず、なぜそれだけいるのかという問題点でございますが、私たちが、基本的には、現在の施設体系の中で病院から出ていくための社会復帰のための受け皿づくり、これがやはり必ずしも十分でなかったという点について重きを置かなければならないというのが一つでございます。</p> <p>もう一つは、例えば米国におきますナーシングホームのようなある種の生活的な部分も視野に入れた施設類型、あるいは医療と福祉がうまく相乗し合うような中間的な施設、あるいは急性期において非常に濃度の高い医療サービスを提供しなければならぬといった人たち、そういったものを精神科、精神科病棟という一くくりの中でこれまで支えてきていただいているという点にやはり一つの解決策を見出さなければならぬのではないかと思っております。</p> <p>したがって、現在、今の精神科における施設類型というものをもう少しきちっと見直し、適切なサービスと適切な人員、そういったものも含めて、ある程度その類型を見直した形で長期入院の問題を解決する必要がある。つまり、今二つ申し上げました、一つは受け皿の問題、一つは今の精神科をどう考えていくかという問題、この二点について今後検討を進める必要があるというふうには認識をいたしております。</p>
<p>議員・青山二三</p> <p>国も、十分な医療を提供するためには、精神科特例の廃止や診療報酬の改定の必要性を認識していたこと等</p>	<p>それでは、質のよい精神科におきましては、やはり精神科の経営の安定も必要であると考えております。人権侵害事件が後を絶たない背景には、精神科の入院医療費が一般病院の半分以下という事実が象徴される安上がりの医療政策もあるとの指摘もございまして、これは、精神科では医師や看護婦の定数が一般病院よりも少なくてもよいとする医療法上の特例がありまして、看護基準に応じて支払われる今の診療報酬の仕組みでは、こうした少ない職員配置に見合うように、精神科医療に対する健康保険の診療報酬は低く設定をされております。</p> <p>現在の診療報酬体系では、精神科の特殊性や必要とするマンパワーの時間や期間などが十分に考慮されておられません。たとえスタッフがグループ活動あるいは相談事業などを行った場合も、医療点数の対象になっていないものが多いと見られております。このような診療報酬に結びつかない治療時間や、時間が長くなる思春期患者やパーソナリティ障害の患者さんの治療を行えば行うほど赤字になるということもございまして、精神科専門技術料の評価も低いということが指摘されているわけでございます。</p> <p>質のよい医療を提供するためには、精神科の診療報酬体系を適正なものに見直すとともに、医師や看護婦等の拡充に向けて早急に改善すべきであると思っておりますけれども、今後の対応について伺います。</p>
<p>国務大臣・宮下創平</p>	<p>[上記の質問を受けて]</p> <p>精神科特例の話も今までの議論で出ております。医師あるいは看護婦の配置基準の問題、それから技術料の評価の問題等、一般的に医療問題として今検討中でございまして、薬価差益に基づく社会保険医療でなくて、技術尊重の医療体系にしたいというのが私どもの基本的な考え方でございます。これは中医学協で議論されてまいりますが、今御指摘のような精神科に携わる先生方の技術評価あるいは医療関係者の評価というものも適切にその中で位置づけられるように、今後の検討課題の中で結論を出していきたい、このように思っております。</p>
<p>議員・児玉健次</p> <p>日本の精神科医療の隔離収容政策の影響が現在も続いていると指摘されていること等</p>	<p>次の問題ですが、多度病院のことをいろいろ見ておきますと、朝日新聞の九九年の二月二十三日にこういう報道がありました。「死亡した患者の一人は病室で体調が悪化し、助けを求めて自力で廊下に出た。しかし、力尽きて看護婦の詰め所の前で倒れたところを、別の患者が発見した」。本当に痛ましいことですね。先ほどお話があったように、入院患者四十八人に医師一名、入院患者六人に看護婦一名、精神科特例の問題がこのような事態の背景にあると私は考えます。</p> <p>参議院に参考人としておいでになった日本精神科協会会長の河崎茂氏は、精神科科に触れて次のようにおっしゃっている。「終戦までの日本の一つの考え方というか国の考え方、それが精神障害者対策に影響してあったのではない。」「格子を入れて社会から隔離して、医療というよりも隔離するというようなこと来た、そのこと自身がやはりいまだに尾を引いている。」私はこの御指摘に全く同感です。</p> <p>実は、私自身がこの問題を最初に取り上げたのは、一九八七年九月の衆議院の社会労働委員会の場でした。それで、当時の厚生省の竹中浩治健康政策局長は私にこう答えました。「最近におきます精神科医療をめぐる状況の変化あるいは現場におきます業務量、人員配置の実態等を十分踏まえまして、今後検討してまいりたい」。それからもう十二年たっています。精神科医療をめぐる状況の変化というのは、この審議以来、非常に今は日本の精神科医療が大きく前進しつつあるという点で、かなり展望を持ってきているように私は思います。そういう中で、この法改正を契機として精神科特例の根本は正を行うことが避けて通れない課題だと考えます。</p> <p>それはぜひそうしてもらいたい。まさか十二年たつようなことがあっては決してならない、極めて速やかにやっていたいただきたいと思っております。</p> <p>次に、精神科における診療報酬についてでございます。</p> <p>もちろん、これはこの法案の一部改正と直接結びつくものではありませんが、しかし、日本の精神科の重要な土台、支えになっております。私はこういうふうにも思うんですね。精神科における診療報酬の劣悪さと先ほどの精神科特例が相乗的に働いて、そして、日本の精神科医療を困難にしているんじゃないか、それが私の感じですね。そして、精神科の診療報酬は、低い水準に抑制されていることが問題であるだけでなく、その内容についても大きな問題を含んでいる。いろいろ例を挙げたいんですが、ほんの一例を挙げましょう。</p> <p>入院精神療法、これが、入院三月以内は、週三回を限度に指定医が行う場合、三百六十点。この三百六十点が低きに過ぎるという点については、参議院の審議の中でも何人かの方が指摘されておりました。私もそう思う。</p> <p>それで、この機会に言いたいのは、同じく指定医が入院精神療法を行う場合に、三月を超えたらどうなるかという問題です。三月を超えたら、週二回を限度に、三百六十点が一挙に百五十点に減じられてしまう。そして、六月を超えたら八十点になる。三月、六月を経過したら入院精神療法の必要がなくなるのか。</p> <p>私は、この点で何人かの精神科の専門家の御意見を伺い、かつ、精神科にも行ってまいりました。ある専門家は、病状が不安定で回復期にある患者に対して、急性期というところと慢性期との間に亜急性期を設定することが重要だ、こういうふうには述べられて、精神療法が百五十点、八十点と急減するのはまさしくその時期と重なっている、病状が不安定で回復期にある、適切な医療がそこで保障されたら確実に症状が軽減し、そして社会復帰に向けて、初発の段階に比べて若干おくれればせめてはあるが、確実にその方向に向かうと。</p> <p>私が訪問した病院の指定医のあるお医者さんは、この百五十点、八十点と急減される時期、しかも回数が制限されているわけだけれども、たとえ診療報酬の対象とならなくても週二回を超えて精神療法を行っている、効果が確かめられている、こういうふうにお話になっているんですね。これは全くの一例ですが、精神科の診療報酬を、点数と内容をあわせて精神科の前進に寄与するよう改善していただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。</p>
<p>国務大臣・宮下創平</p>	<p>委員の御指摘のように、二十五年に法律がつけられて以来、たび重なる改正が行われておりますが、初期には確かに社会防衛的な色彩が強かったと思えます。しかし、特に六十二年の改正を契機といたしまして、人権への配慮その他が強くにじみ出て、そういった視点の対策がとられるようになってきたように私は承知しております。ただ、今いろいろの事件、人権侵害の事件とか精神科をめぐるといった事件等が報道されているという実態が存在しているわけでありまして、これは、人権侵害を防ぐための法制度の不備もあるのではないかとということもございまして、そのさらに基本には、身体障害者あるいは精神障害者、そういった障害者に対する人間としての尊厳性、価値観を認める社会全体の風潮が乏しいのではないかと私は思っております。こうしたことは直していかなければなりません。しかし、直接的に法改正と関連いたしまして、病院が改善命令に従わない、さっきの大阪の病院の例もございましたし、また、精神保健指定医が必ずしも十分な機能を果たしていないという御指摘もございました。そしてまた、精神科審査会も、これらの弱い者の人権を擁護する立場の機能が十分果たされていないというような問題もございまして、</p> <p>そういった視点を踏まえまして、改正の一々については申しませんが、審査会の権限強化を図るとか、精神保健指定医の役割を強化させていくとか、保護入院制度の要件を明確にするとか、改善命令に従わない場合の実効性については先ほどいろいろ疑問が提示されましたが、精神科医療に対しての指揮監督を強化していくとか、万般的な法的な改正は今回そういう点に視点を置いて改正をいたすようにしておりますので、この点を踏まえまして、あとはこの改正によって実効性をいかに確保するかということではないかと思っておりますから、この改正の精神に基づいて、単なる法文上の修文ではなくして、実効性の上がるような指導監督なりをしていきたい、このように思っております。</p>

<p>参考人・西島英利</p>	<p>日本の精神医療の問題がこれまでほとんど解決されないまま放置されてきたと指摘されていたこと等</p>	<p>私は、先ほど御紹介いただきましたように、日本医師会の常任理事でございまして、実際には精神保健指定医でございまして、精神科の病院も経営をいたしております。そういう観点から、臨床の専門医としての立場から意見を述べさせていただきますというふうに思っております。</p> <p>(略)</p> <p>次が、社会復帰対策の推進でございます。</p> <p>当然、これから先は地域ケアが中心になるだろうと私も考えております。そういう意味で、それぞれの病院も、地域ケアを進めていくためにグループホームをつくり、さまざまな社会復帰施設をつくっているわけですが、なかなか運営も難しいようでございます。法を見ますと、社会復帰施設をつくることとできるというふうになっております。ぜひこれを義務規定というふうにしていまして、都道府県、市町村はつくらなければならないというふうに五年後の見直しをいまして、社会復帰対策がかなりのスピードで進むようになるのではないかなというふうに思います。障害者基本法の中で、たしか平成七年だったと思いますが、精神障害者をようやく畜めていただきまして、今その対策が進んでいるところだろうというふうに思っております。</p> <p>次が、精神障害者に対する偏見についてでございます。(略)</p> <p>最後でございますが、精神医療の適正な診療報酬体系の確立についてでございます。</p> <p>よりよい精神医療を提供するためには、当然のことでございますけれども、適正な診療報酬体系の確立が不可欠でございます。</p> <p>しかし、資料八を見ていただきますと、ちょうど網かけをいたしておりますけれども、公立病院と医療法人、ですから民間病院との比較をしております。これは平成九年九月の中央社会保険医療協議会の医療経済実態調査の資料でございますので、公的な資料でございます。給与を見ていきますと、一番右側でございますが、常勤一人当たり、実に公立は七十三万三千元、民間は四十四万二千九百円という形で、大きな格差がございます。三番目の医療収支差額を見ていただきますと、これは九月でございますからボーナスは入っておりませんが、公立は実に四千九百四十四万の赤字でございます。民間は赤字にしたら倒産いたしますので黒字にしなければいけません。三百十八万の黒字が出ているということでございます。これだけの公民の格差があるということでございます。</p> <p>さらに、「国家公務員に係る俸給月額調整について」というところがございまして、これによりまして、一件、危険手当と言われるような調整給がついております。三十五万五千円の俸給をもらっている新任の医師にしましては、三万一千八百円の調整給がついているということでございます。また、民間にはこういうことがないというところで、やはりこういう格差も出てくるのかなというふうに思っております。</p> <p>いろいろ述べてまいりましたが、時間も参りました。きょうは、本当にこういう意見を述べさせていただく機会をお与えいただきありがとうございます。そして、その旨の部分がほとんど解決をされないまま現行に至ってきたことが今回の大きな不祥事を招いたことにもなっているのではないかなというふうに思っております。これを正すのは私は先生方の力しかないというふうに考えておりますので、どうぞ今後ともよろしく御検討いただきまして、患者さんたちが明るく療養生活を送られるようにしていただければというふうに思っております。</p> <p>ありがとうございました。</p>
<p>参考人・伊藤哲寛</p>	<p>国際的にみて日本の精神医療に遅れがあると指摘されていたこと等</p>	<p>私は、北海道立緑ヶ丘病院の院長ということでありますが、同時に全国自治体病院協議会の精神科特別部会の部会長をさせていただいております。また、昨年三月からは精神保健福祉法に関する専門委員会の委員として、ことしの二月からは公衆衛生審議会の委員として、この法改正についての議論に参加させていただいております。</p> <p>本日は、精神科で精神障害者の治療を担当している立場から、主として医療に関連した事項についてだけ意見を述べさせていただきます。</p> <p>ほかの病気やほかの障害の対策に比較して、また国際的な基準に照らし合わせて、日本の精神障害者の医療、保健、福祉は貧しいと言われております。どのように貧しいかということは、ここで詳しく述べる時間がありませんので省略させていただきますが、お手元に配付した緑色の小冊子、「安心して利用できる精神科医療を実現するために」ということの中でさまざまな意見をさせていただいております。その中でも、特に精神保健福祉法の改正、そして医療法の改正というのが大切であると認識しております。</p> <p>今回の法改正案は幾つかの課題を残しておりますが、日本における精神障害者処遇の歴史的、文化的背景を考慮しますと、あるべき姿に一步近づいたものとして評価してよいのではないかと考えております。</p> <p>次に、少し具体的な要項について私の意見を述べさせていただきます。</p> <p>まず、人権を尊重した医療の確保についてです。</p> <p>改正案では、精神医療審査会の機能強化と独立性の確保、強制入院の一つであります医療保護入院の対象要件を新たに規定すること、精神保健指定医の責務を明確にすること、自分の意思で入院した任意入院の患者さんは原則として開放的な処遇を受けなければならないこと、精神科病院への指導監督義務などが改正点として挙げられ、精神科に入院する患者さんの立場を考えると、当然の改正だろうというふうに考えております。</p> <p>この改正案に対して、厳し過ぎる、規制緩和の時代に精神科医の裁量権を狭める方向は望ましくないという意見もありますが、本人の同意なしで行う非自発的入院では、多くの場合病院の選択権の行使ができませんので、どこかの病院に入院しても安心して医療が受けられるように、このような担保は必要なものと考えます。</p> <p>また、このような規制とは別に、情報公開によって精神科病院の透明性を高めることが、当事者の病院選択権を広げ、同時に精神科病院に対する誤解を解消するために重要なことと思います。情報公開については公衆衛生審議会の答申でも触れられたところでもあります。</p> <p>次に、今回の法改正で初めて提案されている、受診を拒否する患者さんの移送制度についてであります。(略)</p>
<p>任意入院により入院を強制させる危険性があること、精神科において精神科特例を撤廃する必要があることを指摘されていたこと等</p>	<p>次に、今改正の中で大きなポイントとなっております保護者の義務の軽減についてです。(略)</p> <p>次に、精神障害者の福祉の充実です。</p> <p>今回、社会復帰施設は都道府県の業務として残りましたが、精神障害者地域生活援助事業とか居宅介護支援事業とか短期入所事業などの福祉サービスについては市町村で行うこととされました。精神障害者を身近な地域の人々が支える、そういうようなシステムをつくるということは非常に重要なことだと思います。地域の人々と精神障害者の間の交流がそのことによってふえ、精神障害者差別を解消し、精神障害者の自立を促進することにも役立つのではないかと期待しております。</p> <p>次に医療の面について、この改正案が通ったとしまして、そのときにどういう配慮が必要かということと、少し細かいこととなりますが、お話しさせていただきたいと思っております。</p> <p>一つは人権に関してですが、政令への委任事項の中には細かな規定をこれらしなければならぬということがあります。</p> <p>例えば、任意入院の要件は、昭和六十三年の通知で、患者がみずから入院について積極的に拒んでいない状態をいうものであることと解釈されております。しかし、痴呆患者さんなど自分の意思の表明が困難な患者さんについては、強々という形で同意する可能性が強いわけですから、任意入院という形で多くの場合閉鎖病棟に入院させられる可能性が出てきます。これは、患者さんの権利擁護という観点から好ましいことではありません。</p> <p>任意入院する場合の本人の同意のあり方について厳密に規定し直し、同時に、任意入院の患者さんについては閉鎖処遇は原則として行わないという規定を設けるべきだと考えております。やむを得ず任意入院の方を閉鎖病棟に入院させる場合には、精神医療審査会に届けるなど、人権が適切に守られるようにすべきだと考えております。</p> <p>次に、この法律が有効に生かされるためには、患者さんが最初に精神科医として立ちあらわれないで医療機関がどうあるべきかということが非常に重要な条件になってまいります。</p> <p>まず、医療法の改正ということについてですが、今、医療法の改正が盛んに議論されておりますが、残念ながら精神科の医療についてはこれまでの医療法の改正の中でも取り残されて、医療法ができてから一度も精神科の医療のあり方というものが議論されていません。議論はあったのですが、法として改正が行われていなかったというのが現実であります。特に、これまで法改正のたびに問題になったのは、医療法の特例の問題であります。</p> <p>精神科の患者さんのための救急医療、急性期医療、あるいは非自発的入院患者さんの医療、これは医療保護入院と措置入院ですが、あるいは子供の精神科の医療、薬物依存の医療、あるいは合併症の医療など、非常に高度あるいは手のかかる医療があります。これらについては、ぜひ一般病床並みの人員配置をしていただきたいというふうに考えます。患者さんの人権を確保し適正な医療を提供するためには、ぜひ必要なことと考えます。</p>	
<p>これまでの精神医療政策を抜本的に改革する必要があることを指摘されていたこと等</p>	<p>もう一つは、医療計画の問題であります。地域医療計画というのは二次医療圏ごとに立てられるはずになっておりますけれども、精神科医療については都道府県ごとになっております。やはり地域に適切な病床配置がされて初めてさまざまなサービスが有効にいけるだろうと考えております。</p> <p>次に、重要なことですが、総合病院の精神科が日本では少ないということがあります。外国では単科の精神科を少しずつ縮小して、総合病院で精神科の患者さんを診るようになってきております。それは、かかりやすいということ、合併症が生じても適切な治療が受けられるということとあります。私は単科の精神科の院長ですが、できれば総合病院の方に少しずつ力点を移していただきたいという願いを持っております。</p> <p>それから、国立病院の役割ですが、国立病院あるいは私どもの公立病院は、民間病院が担うことのできない難しい患者さんあるいは児童、あるいは薬物依存の患者さん、あるいは先ほど言いましたような身体的な合併症を持っている患者さんの医療、このような役割を今後ますます担うべきだと考えております。そのための国立病院の機能の充実が患者さんの適正な医療を守るための一つの条件だろうというふうに考えておりますので、よろしくお願いたします。</p> <p>最後になりましたけれども、最初に述べたように、この法改正は一部進んだものというふうに評価いたします。</p> <p>しかし、私どもが長年願っていたことの一つがまだ入っておりません。それは、法文の中に「すべての精神障害者は、個人の尊厳が重んじられ、障害をもって差別されることなく、その尊厳にふさわしい治療と保護を受ける権利を有する」、こういう条文を入れていただきたいということをお願いしてまいりました。しかし、今回は入りませんでした。いつか、今までの精神障害者施策が根拠になっていたということとを踏襲して見直す時期が来ていただきたい、そういうふう願って、私の意見を入れていただきました。</p>	
<p>参考人・小林信子</p>	<p>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</p>	<p>初めまして、私は、御紹介にありましたように、東京精神医療人権センターの小林信子と申します。コーディネーターという役割を担っております。</p> <p>本日は、患者の権利擁護者として、そして私たちに寄せられた相談の中から患者さんの声を皆様にお伝えする機会をいただきまして、大変感謝しております。ありがとうございます。</p> <p>私たち東京精神医療人権センターは、一九八六年に、さきの西島先生がおっしゃった宇都宮病院の事件をきっかけとして、患者さんを守っていく、患者さんの権利を擁護する団体として発足いたしました。患者の権利擁護団体ですから、今のところは入院中の患者さんを中心に、こういうようなパンフレットを無料で配布しております。この中には、精神医療審査会の利用の仕方とかそういうことが書いてあります。</p> <p>私たちの活動は、一九八八年から施行されました精神保健法に大いに恩恵を受けています。</p> <p>というのは、精神衛生時代の時代は、たとえ弁護士さんでも面会ができなかったというような、すくなく閉鎖された空間が精神科病院でした。ところが、八八年の精神保健法になってから、一応通信、面会の自由が保障されましたので、我々も患者さんへの訪問活動、面会活動ができるようになり、それが私たちの活動を広げていっていったかと思っております。そのことにより、法律が変わることの重要なものも一番よく痛感している団体の一人だと私は思っております。</p> <p>しかしながら、精神保健法になってから二度、三度の改正がありました。しかし、精神科病院に関するスキャンダルは後を絶ちません。これはどうしてなのかと私たちはいつも考えております。やはり原因があるわけです。</p> <p>それで、精神保健法の改革というのは、今までの保健法から随分変わったものだと評価はいたしますけれども、そのところに人権擁護ということで精神医療審査会というものが創設されました。当時は何もない状態ですから、精神医療審査会の存在自身はもろ手を挙げて賛成したわけです。</p> <p>ところが、我々がその後十年、十一年と実践を重ねる上において、やはりこれではだめなんじゃないかという思いをしてまいりました。これは参議院の中でも議論されていたと思っております。申し立て件数がどんどん低下しているわけです。例えば平成八年で、入院患者がその当時は多分三十五万人ぐらいたったと思っておりますけれども、退院請求なんかは八百六十二件、処遇改善請求に至っては四十八件という、本当にごくごくわずかな、針の穴を通すようなものとしてしか機能されていないわけです。</p> <p>なぜこの精神医療審査会が機能していないのかということ、いろいろな原因がたくさんあります。皆さんよく知られているのは、精神医療審査会というものがあろうとすることすら知らない患者さんが入院しているんじゃないか、入院のときの告知が不十分で、そういう権利のことや患者さんに十分わかっていないんじゃないかということや、それがそのこととあります。それをだれも否定はいたしません。</p> <p>今回の法改正におきましても、精神医療審査会の委員の制限、今までは十五人という上限がどういうわけか決められていたわけですから、東京都のような多数の人口を抱える県も人口の少ない県も上限が決められているという不思議な法文だったわけですが、それが廃止されました。それから、審査会に少し権限を持たせて、報告書の提出とか出頭命令の追加とかいうものが加わったことは大変プラスに評価してもいいことだと思います。</p> <p>しかしながら、それはあくまでも審査を申請した人、審査会に届いた人が利用できる機能でありまして、実際には、例えば権利を知っている人、審査会があるのだということも、そこに審査を申し立てられない雰囲気があるんだということが、私たちの活動からも多くの患者さんからも寄せられているわけです。</p>
<p>精神医療審査会が機能しない危険性や病院に対する監視機関創設の必要性が指摘されていたこと等</p>	<p>それはなぜかということ、お医者さんが思うほど精神科においては医者と患者は信頼関係にはありません。精神科の患者さんたちというのは人質だと思っております。もし自分が退院請求をするというようなことは、病院に対して盾を突くことです。盾を突いたらいじめられるのではないかと、スタッフに虐待されるのじゃないか、薬がふやされるのじゃないか、保護室に入られるのじゃないか、果ては電気ショックをやられるのじゃないかと、本当に考えている人が多いのです。ですから、権利があってもそれを行使できない環境をどうにか変える方策をしなければ、精神医療審査会への申し立て件数が決してふえるわけはないです。</p> <p>じゃ、どのように安全に申し立てをしていくのかといえば、いわゆる精神科の外部から第三者を常駐させるなり定期的に訪問させて、大丈夫なんでしょう、あなたが申し立てをしてください、というふうにして申し立てをしても決してあなたに不利な状況をつくらないようにはなりますかというふうな、安全な環境をつくるような制度を創設しなれば、精神医療審査会自体は役にたいたもんじゃないかなと思います。</p> <p>そして、その第三者機関というのが何なのかといいますが、権利擁護者とか、私たちはベシーセントアドボケートと英語を使っていますが、オンブズマンという形で導入されているわけです。その持っている審査会に比べて、これらのことは外国ではたくさん実践されておりますので、後で述べる機会を与えていただきたいと思っております。</p> <p>そして、患者さんの権利を守るには、先どもほかの先生からも出ました情報公開と、それからもう一つ監視機関の創設をぜひお願いしたいと思います。監視機関といっても、厚生省が提案しているような、お医者さん一人が出かけていくということではなくて、やはり国際的な基準を意識した、国際的な基準をクリアするようなものを創設していただきたいと思っております。</p> <p>ICJが、新法になってから、八八年の法律になってから、八八年と九二年と二回調査に参りました。そこではたくさんの方の提言が出ております。それから、九一年には国連原則も出ております。いろいろな国際的な基準があるわけですが、それと整合性を持った抜本的な精神保健法の改革をぜひしていただきたい。人権小国・後進国と言われている日本ですけれども、その汚名を晴らすためにも、ぜひ国際的な基準をクリアした、名前だけではなく、実効性のある患者の権利擁護のシステムを創設していただきたいと思っております。それを先生方にこの場をかりてお願いしたいと思います。</p>	
<p>参考人・新保祐元</p>	<p>精神衛生法や精神保健法等が精神障害者に対する差別助長をしてきたと指摘されていたこと等</p>	<p>精神保健福祉法一部改正の審議に際しまして、意見を述べさせていただく機会を与えていただき、感謝しております。</p> <p>私は、全国精神障害者社会復帰施設協会の専務理事兼事務局長の職をお務めしている立場から、公衆衛生審議会精神保健福祉部会に設置されました精神保健福祉法改正に関する専門委員として本日の議論にかかわらせていただきました。</p> <p>既に御承知のことと存じますが、精神障害者問題を考えるとき、我が国における精神障害者の置かれた状況は、精神医療黎明期、すなわち明治初頭でございますが、奥三先生が、精神病に陥った不幸とともにこの国に生まれてきた不幸をわけて持ったと言われた言葉をお忘れのことばかりでございます。こうした状況の改善を図るために、精神障害者施策にかかわる法制度の改正や見直しが行われることに関しまして、うれしく思っているところでございます。</p> <p>その理由は、法が有する要綱といたしまして、法の持つ物理的強制力が挙げられます。法は、究極におきまして、社会秩序を維持し発展させるものでなければならないということは私が申し上げるまでもないこととさせていただきます。したがって、法が理念とすると、安定した社会となるのかということも考え続ける必要があります。</p> <p>このことを精神障害者の立場で考えたときに、精神障害者が市民ないし他障害者との間で法による格差を持つ者であるとすれば、そうした法は人と人との間に差別を認める法律だということになります。この見方を現行法を見てまいりますと、精神障害者にかかわる法は、残念ながら市民と他障害者にかかわる法と対比して負の格差がございます。</p> <p>このことは、まさに、市民と対比いたしました精神障害者には欠格事項等があるなどといったことを自然に周知せしめる強制力になっておりますし、結果としてこういった事情が偏見や差別を生じさせているとも言えます。それは、ノーマライゼーション理念を達成することが困難になることはもちろんのことですが、我が国の法制度が精神障害者を含めた社会秩序の維持を行う法になり得ていないと言えるのではないかと考えます。</p> <p>言いかえれば、物理的強制力を持つ法が、精神障害者の人権や生活権を強固に示すものであるとすれば、精神障害者に対する偏見の解消や生活権の獲得に向けて市民社会も協力的に動き出すということも明らかだと思います。</p> <p>法が誤解や偏見を助長してきた一例を挙げますと、精神衛生法時代の精神科病院が担ってきた法制度上の役割といたしまして、医療と保護が結果として精神障害者を社会から隔離し、社会的入院の固定化によって市民に対し精神科は治らない危険な病気といった観念を助長し、誤解や偏見あるいは差別を拡大深化させ、市民の理解を得ることが困難な対象者とさせてしまっていることは明らかでございます。</p> <p>このような社会状況がいかに精神障害者の社会復帰を阻害しているかについては、諸先生方には御理解いただけるだろうというふうに思います。</p> <p>したがって、今般提出された改正案の推進が、少しでも精神障害者の生活や当り前の医療受給権につながるであろうことを前段で強調させていただきたいというふうに思っています。</p>

					<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っております。</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っております。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。それはどういう団体かという、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で、ペーシエ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で、幾らかは透明になっているということなんです。</p> <p>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、福岡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っております。</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思っておりますけれども、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ようし、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、条文で書きつづらなければ、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をというふうに、かなりどくどくというか、きっちり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、国連の原則をきっちり念頭に置いて、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っちり盛り込んで、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な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このように私は思うんです。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このように思うんですが、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っております。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っております。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なんです。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っております。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っております。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っております。</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っております。</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ぬ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ころまでおっしゃいました。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。やっぱりそこにも少しリベラ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っておりますのは、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、若いもお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お願いたします。</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ことになります。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>九九一年の国連の精神障害者の保護及びメンタルヘルスケア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、葛藤関係にもある一方の者に強制権限発動のイニシアチブ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えます。</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す。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>まず最初に、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、自分の五割で入っているにしろ、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ございませんが、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>	

					<p>精神医療が閉鎖的な状態が続いており、依然として多くの問題を抱えていると指摘されていたこと等</p> <p>そして三点目には、中の入院している患者さんたちが病棟の内部で発生して目の前で起こったことを、あるいは自分が体験したことを訴えても、そのことをきちんと聞こうとする外部の方が非常に少ないという事実です。それは、中に入院している患者さんだから、精神異常の方の話をまともに関心するかという当初の柏原警察の担当課長の発言にも私たちが非常にショックを受けました。</p> <p>世間がこのようにして、中に入院している人のせりふを、言葉を無効化してしまう、訴えを聞こうとしない、本当に本人は見たと言っているにもかかわらず、本当のことであるとはキャッチしてくれない。そうした態が、閉鎖病棟の中に入院している者と外で暮らしている者と関係性の中に目に見えないバリアとしてはっきりと今も存在していることは事実であります。</p> <p>ですから、私たちは、片方で人間の自由を奪って身柄を閉じ込めるのであれば、その人たちが一生懸命に中から発信している声を聞きとめる力と熱意を持った人間を、権利擁護をするための委員として制度化していくことが、今回のようなことを未然に防いでいくために一番必要だったのではないかと、そういうふうに痛感しました。</p> <p>今現在、審査会制度というのが明記されておりませけれども、行政からの独立性であったり、あるいは中に働く委員の質の部分の問題として、私は今後も十分検討の余地があることだというふうに思っています。</p> <p>人権センターが中の患者さんたちから信頼されたのは、夜の十時であろうが十一時であろうが、訴えがあるときにはきちんと話を聞きました。時間が来たからといって帰ることはしませんでした。職員であろうが、遺族であろうが、家族であろうが、退院した患者さんであろうが、病院の中の実情を教えたい、情報提供したい、そういう意思を持っている方のお話は全部丁寧に時間外であろうと聞き取りをさせていただきました。そうした蓄積が結果的に、医療の中で行われているやみの部分を明らかにしていく作業に流れていったというふうに思っています。</p> <p>お手元に配付させていただきました九七年九月二十二日作成の「大和川病院問題の経過」というのがあります。九三年に事件が発生してから九七年十月に医療機関としての取り消しに至るまでの間、なぜこのような長い時間が経過せざるを得なかったのか、片方で非常に悩みました。</p> <p>その一つとして、私が私たちの取り組みの中で思った一点は、まず今の法の規定の中には死亡に関する報告件数の報告徴収義務がありません。ですから、大阪府の方にA病院の中において今年度一年間で死亡された方の人数を把握されていますかという質問をしたときに、していません、できませんという回答でした。</p> <p>私は、いやしくも人の命ということをお預かりしている場では、その方が退院であったのか施設入所であったのか、あるいは死亡であったのか事故であったのか、そういう最低限死亡に関する報告件数と事故に関する報告件数は、報告徴収義務として行政側が把握しておくようなシステムが必要であろうということをおもいました。行政側ですらないということではなかなか話が前に進みませんでした。</p> <p>もう一つは、お手元の四十九ページのところにもありますが、当初大阪府の方も、私たち民間団体や退院患者の話を聞きながら、医療法人の方に改善計画の提出を求めています。ところが、そのことを拒んだときに、平成五年九月の段階で大阪府の方は改善命令を出すべく準備をしておりました。それがなぜ結果的に改善命令という形でそのときに下せなかったのかという疑問がずっと残っていました。</p> <p>それらが少しずつ九七年になって明らかにされてきたものの一つに、お手元の五十ページ記載に、厚生省保健医療局長が安田系三病院に対する調査の延期を打診したということが書かれています。あるいは五十七ページの中にも、安田系三病院の同系列である安田記念医学財団という財団において厚生省の天下りの職員が二人入っていました。そうした非常に密接な関係づくりをしてきたこと。</p>	
				<p>日本の精神医療の問題点が依然として改善されていないことを指摘されていたこと等</p> <p>系列病院である三病院の立入調査をしようとしていたやさきに、それを延期してほしいということが、厚生省の保健医療局長というポジション、ポストを使ったというふうに私たちに見えるわけですが、厚生省内部の部局あるいは大阪府の担当部局の方に日程変更の問い合わせをするというふうなことがあっていいのでしょうか。これは、厚生省の中であろうと行政の中であろうと、許認可権を持って仕事をしている方、指導や処分を下すお仕事をされている部局の方々は明確に区別されてあるはずですし、そうしたことが要素エイズの反省の中で厚生省内部においてもきちんと議論されてきたというふうに思っていますが、こちら辺りがやむやみにされまですと、私たち市民、国民の側からすれば、やはり厚生省の中にはまだ見えない部分があるというふうにも思っている実感があります。</p> <p>ここは、九八年四月十四日の安田氏に対する刑事事件の判決の中でも触れられておまして、遅くとも昭和五十三年以降から発生していた職員不足の指導を逃れるための道具として安田記念医学財団を使用した、そのように断罪しています。しかも、患者を道具にした不正請求、不正行為であった、そういうふうには裁判官も厳しく断罪しました。けれど、これは、世間においてはこれ以上問題にされていないというのが、私たちから見ればすごく不思議だというのがあります。できましたら、行政の中においてももう少し、何があつたのか、財団法人からの寄附金が余りにも多額であったのかとか、あるいはそのことによつてどのような力が発生してこのようなおかしなことになったのかという調査をきちんとしていただきたいというふうに思っています。</p> <p>そうした行政と医療機関とが癒着をしてしまえば、医療機関の中で発生している事実を職員や患者や市民団体が訴えていっても非常にむなしものがありました。私たちは、現場がそういう事態であつていいのかということに、これではよくないというふうに痛感させられました。</p> <p>ですから、今、精神保健福祉審査会の仕事の中においても、大阪ではユーザー委員として私は入っていますが、全国の各都道府県レベルにおいても、消費者サイドの意見をきちんと反映できるシステムを取り入れていただきたいものだというふうに思っています。そうでない限り、絶大な権限を持っている医療機関との関係の中では、お願いするしかない関係の家族、そして黙っているしかない立場の患者、そういう構図が変わっていく可能性というのがなかなか見えづらいものがあるからです。</p> <p>そういう意味では、長期的な視点に立つて物事を考えれば、私はやはり、患者の権利をきちんと守るための権利擁護法というものを長期的には考えていかなければ、こうした事件の再発防止にはつなげていかなければ、そのように思っています。</p> <p>そして、宇都宮病院の事件の反省を受けてつくられたはずの任意入院制度を形骸化させないためにも、医療保護入院との違いとか、御本人自身がここに入ります、ここで治療を受けますという夜間にタクシーでその病院に乗り込んで任意入院になったのであれば、その方、何時から何時までは散歩したい、何時から何時まではポストに郵便物を投函していきたい、そういう気持ちを十分に反映することのできるような処遇基準を明記していただきたい、そういうふうに思います。そうでなければ、精神科医療を受ける者が安心してかかれる医療との関係というふうに見えてこないからです。</p> <p>私たちが望むものは、拘禁ではなくて、安心してかかれる医療、治療です。そのためには、医療機関との信頼関係が非常に重要で、医師と患者が信頼関係をいかにしてつくることのできるのかという視点をきちと持っていて、その上で、情報公開であるとか、病院を見学したいという方にはオープンに開きますという病院との関係づくりであるとか、今回の、少なくとも大和川病院等で失われてしまった医療機関との関係の信頼回復に向けて、何があれども一度こうした繰り返しが無いというふうに私たちが安心できるのかということも長期的な視点に立つて考えていく必要があるというふうに思っています。</p> <p>それは、先ほどもほのかの方からも提案がありましたけれども、一つはやはり、地域で安心して暮らせる環境の確保に向けた障害者の総合的な福祉法の確立でしようし、一つは中に患者として入っている際の権利擁護法の確立でしようし、もう一つには地域全体を考えた障害者差別禁止法というふうな関係を明確にすることだというふうに私は思っています。そういうことの中から、口先だけではなくノーマライゼーションの関係を本当の意味で地域においてもつくり出していくことができるようになっていけば、閉鎖空間である病棟の中においても対等な関係、ノーマライゼーションの守られた関係ということに向けた追求が可能になるというふうに考えています。</p>		
				<p>政府参考人・山本深雪</p> <p>精神医療審査会の問題点が指摘されていたこと等</p> <p>今のシステムの中で気になっていることは、医療上の判断をメーンにして医師の裁量で決定されているように思います。合議体五人のうちの三人までが医療委員イコール医師という構成になっていると思いますが、私はそこを入院患者の人権を守るためのシステムであるというふうに考えているのであれば、医療委員という枠の中に生活支援を一緒に考えていただけるはずのPSWの方々にぜひ入っていただきたいというふうに思います。</p> <p>そして、医療委員が五分の三という比率自身もやはり長期的には見直しをしていっていただく必要があるだろうと思います。その方が、帰る場所がない場合でも、本人がここをもう出たいんだと、医療上ここにいる必要はないですとよいうときに、これは一例ですが、私たちがあれば、住む場所を探してきて、契約する準備をして退院というふうなサポートをしていくわけですね。そういうふうな気持ちでもってきちんとサポートしていける、そういう委員を審査会の下に専門委員会があるような形の二重のあり方で考えていくことの方がはるかに実効性があるのではないかとこのように思います。</p> <p>そう思ったときに一つの参考になったのは、九七年にカリフォルニア州の方に研修に行ったんですけれども、そこにはPAMIというアメリカ精神障害者権利擁護法という法律があつて、そこに規定されて働いている公益法律事務所というのがありました。患者の権利を守る事務所なんですから、そこで働いていたのは、法律家一名その事務所で雇用されていますけれども、あと三名が精神医療のユーザー体験者が働いていました。それぞれに任務分掌をうまくやって連携プレーをしながら、必要に応じて適宜御本人の話を聞きに行く、そして家族関係の調整をしたり、住む場所を探したりというふうな、そうしたフォローも含めて、審査会の委員になりますかとしてやりました。あれはとても有効だということに思いましたので、日本においてもぜひそういう、実際に機動力のある患者にとって有効な制度にしていく必要があるだろうというふうに思います。</p> <p>それと、独立性の問題で言われたんですね。確かに都道府県の精神保健課というのは措置入院の窓口にもなっているわけですから、そういう強制執行している窓口とイコール権利擁護を担う窓口の電話先が同じであるというのは、かける側の患者からして、こんなでいいのかなという不安感があります。本庁の中に置くのではなくて、せめてセンターに移動していただきたいというふうにとりあえず思っています。それでなければ本当に信頼できないというのが気持ちとしては患者サイドではあります。</p> <p>あともう一点は、これまでの歴史的なあり方、大和川病院のときもそうでしたが、現状を私たちがもつと御存じのはずかなと思つてた業界の方は事前には批判しなかったですね。審査会の中にドクター委員が五分の三いらっしゃいますけれども、余り批判をやはりされません。</p> <p>それは、医師法の倫理規定か何か、そういう他人の見立てについてはほかの医者は批判してはいけないというふうな倫理規定があるそうなんですけれども、私たちはむしろ本人が出たいと言つて審査請求されたのであれば、出ていいのかどうかという医療上の判断は入ることは認めますけれども、出たときの生活のサポートの方がはるかにウエートが高いというふうに思いますので、今の五分の三の見直しを含めて生活面のサポートをしていく委員をもつていって、そしてさらに、学識経験者だけではなくて、退院患者も含めて本当に生活をサポートしていく仕事に取り組んでいる人たち、そういう人たちが委員になっていけるような制度というのが実際に一番実効性が高いというふうに思います。</p>		
				<p>政府参考人・谷中輝雄</p> <p>平成11年の時点で精神医療改革が全く進んでいないと指摘されていたこと等</p> <p>それから、もう一つ非常に残念なのは、やっぱり精神医療改革が全く進んでいないということでもあります。この精神医療改革が進まないこと、先ほど来申し上げています社会復帰施設が十分に活用されないこと、そして地域における支援システムがなかなかできないことが私は運動していると思います。</p> <p>その意味でいろいろ問題はございました。医療費の問題や精神科特例を外そうというふうなことも現行の中では非常に厳しいということもわかりました。急性期と慢性期とを区分して云々とかいろいろ議論はありましたが、残念ながら精神医療改革は全く手つかず。私はこの点が大変残念です。</p>		
				<p>議員・堂本暁子</p> <p>日本の精神医療が依然として隔離収容対応であると指摘されていること等</p> <p>今までの御質問の中で、日本の精神医療、それから社会福祉と申しますか、そういったことの本質が何か随分見えたような気がしています。河崎先生が、隔離という伝統がいまだに続いているというふうにおっしゃった、それが事の本質で、やはり接触を始めると、日本の精神医療のそういうあり方が差別をつくつていて、また社会への復帰を妨げているという懸念を、きょう改めて地域でやっていらっしゃる谷中先生とお二人のお話を伺いながら思ったところです。</p> <p>十五年ぐらい前には私はやどかりの里へお邪魔したことがございますけれども、あの当時、ちょうど精神衛生法から精神保健法に変わるときで、多分十年たてばやどかりの里が日本じゅうに何百とできるのではないかとおもうかと思つたりもしたのですが、どうもそうもいきませんでした。</p> <p>最初に、きょう参考人でお越しいただいて伺いたいことは、私も今でももう全く疑わずに思っていることはマンパワーだと。どんなに箱物を、中間施設だろうがデイケアセンターの建物だろうがつかつてもだめで、いかに地域でサポートするマンパワー、それは専門性が高い方も必要でしょうし、それからボランティアの方がいらしてもいいと思うのですが、今どういうマンパワーが必要だということをお考えか、具体的に何えらい伺いたいと思います。</p>		
第145回	参議院	国民福祉委員会	8号	平成11年4月15日	<p>政府委員・今田寛睦</p> <p>平成11年の時点で国は社会復帰施設が不足しているを認識していたこと、精神医療審査会や指定医制度に問題があること、医療保護入院の要件が不明確であることを指摘されていたこと等</p> <p>御指摘のように、特に社会復帰施設につきましては、総体として必ずしも十分な量が整備されていないという状況もございまして、全国の市町村のうち大体一割の市町村に集中して設置されているという意味では、偏在もかなり強くあるというふうに私どもも認識しております。 これらを踏まえまして、すべての障害者にとって身近な地域で福祉サービスが利用できるようにするべきだというふうな報告書で述べられているところでございます。</p> <p>また、人権問題に関しましては、一つは精神医療審査会の活動が必ずしも十分に活動していないのではないかと御指摘。あるいは、行動制限などの判定を行う精神保健指定医、この指定医が院内における役割として必ずしも明確になっていないのではないかと、処遇の確保のための責任の所在が不明確ではないかといった点。それから第三点といたしまして、医療保護入院の要件が不明確であるために、家族の要望などに応じまして、同意能力があるにもかかわらず、医療保護入院がなされている場合があるのではないかと、四つ目といたしまして、現在の精神保健福祉法におきましては改善命令に従わないような精神病院をそもそも想定しておりませんので、こういったことをちゃんと担保する形の方策を設けるべきではないかと。このような人権にかかわる改善の必要性が指摘されているところでございます。</p>	甲B122
				<p>議員・千葉景子</p> <p>偏見、長期入院、閉鎖処遇の問題点を指摘されていたこと等</p> <p>今、大臣も触れられましたけれども、やはり精神医療というのがどうしても御本人の意思確認あるいは自立性というのを十分に担保しにくい部分がある、それからこれまでの社会的なさまざまな偏見、こういうものも含めてどうしても隔離された、閉鎖された中で行われがちであるというところの問題点がなかなか外に出ていない、あるいはチェックの目がききにくいということが私は根本にあるだろうと思つてます。</p> <p>この間の実情をちょっと押見しますと、例えば入院されている年数、これがほとんど変わらないんです。私の手元のあれですと大きく誤つたらまた後ほど指摘をいただきたいと思つますけれども、一九八三年で十年以上の入院というのが三〇％以上、これが一九九六年になりましたもやはり三〇％以上なんです。五年以上でとれば約半数ぐらいはそれだけの長期入院ということになっているようです。</p> <p>それから、入院の形態それから処遇の状況なんですけれども、これも非常に閉鎖処遇が多いんですね。長期にわたつて一つのところに処遇をされている、しかも閉鎖状態というのがかなり中心になっている、こういうところに、制度を変えたり努力をしても根本的なところが解消しにくいという問題点があるというふうに思つます。</p> <p>そこで、この開放と閉鎖処遇というのがよくわからないんです。というのは、任意入院の場合でも非常に閉鎖処遇が多い。それから、閉鎖病棟といながら開放処遇なんだと。外出などが許されて、これが開放処遇だと言われていたり、どこまでが本当に自由な開放的な処遇でありということが閉鎖処遇なんだというのがどうもいま一つはっきりしないんじゃないか。閉鎖処遇というものについて厳格に基準あるいは処遇のあり方というのを決めて、それでできる限り限られた場合にそういう閉鎖処遇を行うという方向は私はやっぱりつくっていくべきだというふうに思つてはいますが、その点についてはいかがでしょうか。</p>		
				<p>議員・千葉景子</p> <p>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</p> <p>実はこういうことを申し上げるのは、この審査会はこれまで人数も制限をされておりましたのでなかなか全体に機能しにくいというところはあつたかというふうに思つてはいますが、この審査状況が極めて少ないんです。平成九年度で見ますと全国ベースで退院請求の審査件数が九百六十八件、それから処遇改善請求の審査件数は五十件なんです。しかも、全国的に非常にばらつきもありまして、これはどういふ原因なのかというのでもっとお聞きしたいんですけれども、年間審査件数が全くゼロというところもあるんですね。</p> <p>先ほどからも出ていますように、全国で三十万人以上、三十四万人ほどの方が入院されているという状況の中で審査件数、本当にこんなものなのか。もしこれが本当であれば、不祥事なんかが出るはずがないし、適切な医療が行われていもう私たちが心配することはないということになるだろうけれども、どうもこの審査会の機能が十分に発揮されていないのではないかと。</p>		
				<p>議員・入澤肇</p> <p>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</p> <p>そこで次に、今度の精神医療の関係でいただいた資料等を読んでいて、医療全体の中で非常に特別な位置にあるのではないかと指摘されております。例えば、医療法の特例で精神科特例というのがあるんだそうです。患者何人に対して医師の張りつけ方が何人だとか看護婦の張りつけ方が何人だとか、こういうふうなこともあるということで、精神科の関係者は精神科特例は廃止すべきじゃないかということを指摘している人もたくさんいるというふうに聞いております。</p> <p>それからまた、先ほど申しましたけれども、医療費全体の精神科関係の額、これも少ないし、さらに精神科の福祉関係は一層少ないというところでございます。全国の自治体病院の一般病床と精神科病床とで入院患者一人にかかる一日当たりの医療費の比較も出ています。これを調べてみますと、一般病床が二万九千二百円、精神科病床が一万二千四百七十六円という数字が出ております。</p> <p>こんなに差があるのかなと思つてますが、この差は精神科関係の疾患とほかの疾患との関係からして実態に合うリーズナブルなものであるのかどうか、合理的なものであるのかどうかということについてどうお考えか。さらに、このような精神科特例的なものは本来であれば廃止すべきものであるのかどうか、専門家の立場からひとつ御意見をお聞かせ願いたいと思います。</p>		

					議員・堂本曉子	精神科病床数を減らす必要性が指摘されていたこと等	先ほど、千葉委員が弁護士として十年前に精神衛生法の改正にかかわったとおっしゃいましたが、私もジャーナリストとしてかかわりまして、そして朝日委員は当時精神科医でいらっしやまして、今は小林健康政策局長ですけれども当時は小林精神保健課長ですね。宇都宮病院の後の時期に、それぞれドクターであったり法律家であられたり、それから私はジャーナリストでしたし、課長は行政の方の立場で何とか日本の精神医療がよくなるようにという思いで、それぞれ違う立場で法改正にかかわったことを本当にきのうのこのように今思い出しております。当時、小林課長も本当に大変な御努力と苦勞をなされたもの目の当たりに見ておりましたし、私もジュネーブの人権委員会まで出かけたり、日夜、朝日先生と会っていろいろ相談をしたりしたものです。その当時、十年たつたかどうかということはどう考えていたかと私は今改めて思っていたんですが、精神病院の中で、二十年、三十年とおられた方たちに出会って大変驚きまして、多分十年たつたら半分ぐらいは地域に住んでいるようなことになるんじゃないかと思ったりもしたような気がいたします。とにかく、日本の精神病院の病床がどんだんがらにならなさいけないんじゃないかというのが実感で、当時ニューヨークへ参りましたときに、ニューヨークの州立病院はもう既にゴーストタウンみたいになって、ほとんどの方が地域での復帰をされていましたし、ドクターたちも町の中の診療所に移っておられた。イタリアとかフランスでも社会復帰の地域がどんだんできていたのを思い出します。そして、日本も今それがスタートなのだあの当時思いました。それからちよと十年たちまして、きょう、やはり今、 今田部長は病床が多いから減らないうふうにおっしゃったんですが、もしかしたら現実には本当にそうなのかと私も改めて思っています、当時の数字として三十二万人の入院患者がいらした。先ほども閉鎖棟、開放病棟は一体どうなっているかという御質問も出ていましたけれども、それが今はもう三十三万人と、半減するどころか逆にふえています。 確かに、痴呆老人の病床もあるわけですからその事情がわからないではないですけれども、十年前に、朝日先生はどう思っていたらっしゃるか、千葉先生はどう思っていたらっしゃるか、それから課長はどう思っているか私はわかりませんが、少なくとも月に一度も二度も出ては議論をし、そして話をしていたそれぞれが、十年たつても相変わらず三十万床の入院患者があると当時想像したのかということなんです。何か内容的には、人権擁護の面では進んだような気もいたしますけれども、 大変足踏みをしてしまっているのはこの病院の中の人数じゃないかと思えます。 それで、外国では、病院を開放するというケネディ大統領の声明があって、アメリカは二人ぐらゐの大きい州立病院がどんだんあいていったわけなんです。そういったドラスチックな変化をしたアメリカに比べると、十年しこした厚生省の御努力も存じてはおりますけれども、やはりドラスチックな変わり方はしていないんじゃないかというふうな気持ちでございます。	
第141回	衆議院	厚生委員会	6号	平成9年11月28日	国務大臣・小泉純一郎	国も諸外国と比較して長期入院が多い等の問題点を認識していたこと等	精神障害者施策については、現在、我が国の精神医療の水準の向上を図る中で充実に努めておりますが、特に昭和六十二年の法改正以降三回にわたる改正によって、人権に配慮した適正な精神医療の確保とともに、精神障害者の社会復帰の促進を図るための所要の措置を講じて、精神障害者の福祉施策の推進にも努めてきております。しかし、 反省点として、諸外国に比べて精神病院での長期入院が多く見られる、依然として精神病院における医療及び保護には問題点が少なくないと考えております。 精神障害者の福祉施策の充実を図り社会復帰の促進を図るべく、今後障害者プランに基づく施策の充実を進めていきたいと考えております。	甲B121
					議員・土肥隆一	民間病院の実態が指摘されていたこと等	たつた五分しかありませんから、あと五分辛抱してください。まず第一回は、私は実は、一九九三年、今から四年前の五月八日に、安田病院の特に精神病院であります大和川病院に行きまして、弁護士さんと一緒に面会を申し出たら、見事に四時間もかけてあだこうだといって粘られて、面会に応じてくれなかった。その間には、電気を消す、冷房を消すというような話で、私も非常に穏やかに院長などと話していたのですが、さっぱりちがいが明かない。そこで、同じ年の九三年の六月二日に当委員会でも安田病院の問題について質問いたしました。そして、四年間たつて、ことしの七月に、三病院一気に行行政処分をかけて廃院にいたしましたわけでございます。事もあろうか、私が委員会で質問した後、安田病院は私を刑事告訴いたしまして、威力業務妨害だといって今も被告人でございます。早くやってくれと言っているのですが、その後、病院もなくなりましたして、安田基礎さんは何か刑務所にも入っているような気がございまして、なかなかちがいが明かないのですが、私は、この病院の実態を知るにつけ、日本の精神医療、あるいは精神行政、精神の患者さんに対する行政は何なのかということをお聞きしたい。ここに読売新聞が、ことしの八月三十一日に、「大和川病院での患者の姿死・不審死(判明)」、こうなっております。実際に、保護室での首つりあるいは飛びおり、もう連続して、九五年などは、三月、五月、六月、八月、十月と飛びおり自殺をするわけです。もっと、何となくもう耐えられないような話で、 すけれども、ウインナをのどに詰めて死に、巻きすしをのどに詰めて死に、焼き魚をのどに詰めて死に、ちくわをのどに詰めて死に、パンをのどに詰めて窒息、パンをのどに詰めて窒息。病院でこんな死に方をするのでしょか。 したがって、私は、今回の精神保健福祉法が晴れて、晴れてですよ、公式の資格となる。しかし、一体、精神保健福祉法が精神病院に入って何かの仕事をできるかどうかということをお聞きしたい。実は先週二十二日に、大阪精神医療人権センターというところの開設十二周年のお祝いに行ってきました。私は、精神科の患者さんもお医者さんもお医者さんというところで、日本の精神病院はどうしたらいいのせうかと言ったら、答えがないのだった。そして、相も変わらずこうした人権センターとか民間団体の告発によるなければならぬのかということだけが結論でございまして、そういう意味では、この安田基礎院長以下、大和川病院の院長も指定医も全部、院長、理事長の話が聞かないと仕事ができないのです。当事者能力がないのです。そうした中で、PSWの人がどんな機能を果たすのかということをお聞きしたい。この法案で、こういう種類の病院、もう全部つぶしてしまいましたが、こういう病院は一体どうなるのですか、お答えいただきたいと思っております。	
第141回	衆議院	厚生委員会	4号	平成9年11月21日	国務大臣・小泉純一郎	国は、平成9年の時点でも社会的入院者に対する社会復帰促進が最大の課題であると認識していたこと等	今お話しのように、環境整備というのは大変大事なんです。精神障害者のうち三十三万人が精神病院に入院しておりますが、このうち約五〇％が五年以上の入院患者と、長期入院が問題になっておまして、その社会復帰の促進が今後重要な課題だと思っております。このため、社会復帰施設やグループホームの整備の大幅な増進、障害者プランの着実な推進を図ることによって精神障害者の社会復帰施策の充実を図っていきたくと思っております。	甲B120
					政府委員・篠崎英夫	国も、民間病院の実態を踏まえて、厚生省による指導監督体制の強化の必要性を認識していたこと等	我が国は、現在、精神病院に入院中の精神障害者約三十四万人、外来通院中の精神障害者約百二十四万人、合わせて百五十七万人の精神障害者がいるというふうな推計をいたしております。それから、精神障害者の精神疾患の種類別構成につきましては、入院では、精神分裂病が最も多くて六三・六％ほどになります。次が、器質性精神病一・一・三％でございます。それから、外来の方では、神経症が三三・八％、そして精神分裂病が一九・六％というふうな現状でございます。また、精神科病床数、ベッド数は約三十六万床でございます。精神障害者の入院期間でございますが、全国平均で約四百五十日ということで、先進国で最も長い平均日数でございます。これは平均でございますので、在院しておられる患者さんの在院期間を見てみますと、五年以上の者が約半分の五〇％に上っております。精神障害者につきましては、 今申し上げましたような長期入院とあるいは社会的入院の問題がかねてから指摘をされておまして、その改善を図って、精神障害者の社会復帰を促進することが我が国の精神保健福祉行政の最大の課題であると思っております。 このため、障害者プランにおきまして、社会復帰・福祉施策の充実強化を行う一方で、精神障害者の視点に立ちまして、精神障害者の社会復帰のための支援を行う人材の充実をあわせて行うことが不可欠である、このように考えております。	
					政府委員・篠崎英夫	国も、民間病院の実態を踏まえて、厚生省による指導監督体制の強化の必要性を認識していたこと等	残念ながら、精神病院の中で御指摘のような不祥事件が現在も時々あることは事実でございます。私どももいたしましては、昭和五十九年に各都道府県に対しまして通知を出しまして、精神病院内における人権侵害事件の再発防止に取り組んでいるところでございますが、今回の大和川病院事件の反省を踏まえまして、指導監督通知の内容の見直しですとか、あるいは厚生省による問題病院への直接介入調査の実施、あるいは精神病院に対する指導監督体制の強化などを図りまして、各制度に基づく監視の連携強化を図って、再発防止に全力を挙げていきたいと考えております。	
第140回	衆議院	厚生委員会	2号	平成9年2月19日	議員・瀬古由起子	日本の精神医療が民間病院に委ねられていることの問題が指摘されていたこと等	毎年、県なんかは監査するわけですよ。こういうところは実地指導をしているわけなんです。実際にはもう職員が半分しかいないということがわかっていながら何していたのかという問題があるわけですね。金さえ返してもらえばいいの、そんなことないです。職員が半分しかいないと、そこに患者さんの人権問題があるということはおわかりは済みませんか。私は、厚生省がこういう問題についてもきちっと見ておく必要がある、この機会にぜひ精神病院の実態調査もやってもらいたいと思うのです。もうこの人権問題は解決したということではないです。深刻な問題があります。一つは、 その中でとりわけ私は重大だと思っているのは、要するにこれは民間病院に精神医療がほとんど任せられているという問題なんです。一割ぐらいしか公的な病床というのはないのです。ほとんど民間ですね。それで、お医者さん看護婦さんも特別に精神科は少ななくてもいい、こういう制度になっておまして、それよりも半分ですから大変ひどい状態ですね。こういうことについても、私は、もっと国や、公的な責任については考えるべきだ。 そして、入院がずっと長くなって復帰できないという状態もあるのです。そういう社会復帰の制度も大変おくれでございます。こういう点でも、厚生省は責任を持って、この精神医療の改善について、患者さんの人権を守る立場からぜひお願いしたいというふうな思いです。 有名な、精神医学の先駆者である東大医学部教授の奥秀三という人は、精神障害者はこの国にかつた不幸に加え、この国に生まれた二重の不幸を抱えている、こういうふうにおっしゃったんですね。それは明治時代の話です。今、この国に生まれた不幸と云うのじゃなくて、どんなに障害が重くてもこの国に生まれた幸せと云えるような日本をつくるために、障害者施策の前進をこの精神医療の前進とともにぜひ御検討いただきたいと思っておりますけれども、最後に厚生大臣の明確な決意を伺って、終わりたいと思っております。よろしくお願ひします。	甲B119
第132回	衆議院	厚生委員会	14号	平成7年6月6日	議員・山本孝史	精神医療はハンセン病と同じ隔離収容政策であると指摘されていたこと等	四十年間ずっとそのままほっておかれたという法律でもあります。今回、そういう機運がようやく盛り上がってきたところでありましょう。このチャンスを逃さずに、できるだけ早く対応していただきたいというふうに思います。来年の通常国会にはぜひ改正案を出していただきたいというふうに思います。ただ、 このらい予防法の内容を見ておまして、隔離収容の原則にのっとっている。せんだつても精神保健法で質疑をさせていただきます。やはり同じような、患者さんどこか隔離されたところに隔離してしまうというふうな考え方でもってこの法律が成り立っていると思うのですね。精神医療であるいは高齢者医療、福祉という政策というのは、やはり何か一つそういうところに同じような根がある。職前からのものを引きずっているんだと思うんですけど、日本の社会の中で、こうした障害者ですとかあるいはエイズ患者、それから外国人、私も随分担当してました母子家庭の皆さん、こういったほかと少し違うところをとって差別をしていくというのが日本社会の深層に根強くあるように思うのですね。 今障害者について、障害者保健福祉施策推進本部で、ゴールドプランの障害者福祉版をおつくりになるということで検討を進めておられるというふうな聞いておりますけれども、どの程度までその検討が進んでいるのか、その進捗状況、いづこ数値を入れた障害者福祉計画というものがつづけていただけるのか、その取り組みの状況をお知らせいただきたい。あわせて、障害者に対する今申し上げた差別意識の解消ということについて、この計画の中でどんなふうに取り組もうとおられるのか、お聞かせいただけたらいいかなと思います。	甲B118
第132回	衆議院	厚生委員会	9号	平成7年4月26日	議員・山本孝史	社会復帰施設整備が進んでいないと指摘されていたこと等	施設が整備できれば入院患者のうちの十万人ぐらゐの人たちが施設じゃなくて地域で生活できるの、これは厚生省みずからが前の審議でもお話しになっている数字です。今このコミュニティーケアとか、地域で障害者の皆さんと一緒に住んでいこうというノーマライゼーションの話がどんだん進んでいる中で、やはり今精神病院がかなり偏在している、本当に人里離れたところしかないという状況が多分にある。そんな中で、どうしても社会生活の中で実際にこの治療というも行われていない、精神障害者の社会復帰というのは極めて難しいわけですね。そういう意味でも、隔離された状況ではなくて、地域でこの人たちへの対応をしていくという意味では社会復帰施設の一層の充実が望まれるわけで、これはやはり義務づけをするところからいっていかないと、それぐらいの強い意思で臨まないと、この施設整備というのは進まないのではないかと。ぜひその辺、今の努力しますという話でここと、三年来て、ほとんど数字が上がっていないので、今度予算もある意味では確保できる道ができてきたわけですから、その辺、もう少し強い姿勢で臨まないといけないと思うので、その辺はどうですか、もう一度お願いします。	甲B117
					議員・山本孝史	指定医制度が機能していないと指摘されていたこと等	冒頭で触れました越川記念病院のときに問題になりました精神保健指定医制度についてのお伺いでございますけれども、これは機能していないのじゃないか、ざる同然だという声もいろいろな方面から聞かれています。	
					議員・山本孝史	任意入院制度に問題があることが指摘されていたこと等	特に、今回任意の入院だけを扱う病院にはこの精神保健指定医は置く必要がないということになるわけですね。そうしますと、かなり任意入院率の高い病院もあって、そこがいわゆる悪名高い病院であったりするということもさきさき御指摘を申し上げたとおりなので、そうすると、任意入院だけしか扱わないと言っている病院でも、実際には中で入院形態が変わることもあり得るわけですから、この任意入院だけを扱う病院もこの精神保健指定医を必置、必ず置くようにすべきじゃないかというふうにお聞きしたい。	
第129回	参議院	厚生委員会	6号	平成6年6月10日	政府委員・寺松尚	平成6年の時点で国は精神科特例の変更の必要性を認められていたこと等	議員から長期慢性的疾患だからこそ手厚い医療、監護が必要であり、人員配置基準は引き上げるべきとの指摘に対して]先ほどから精神病院の人員配置標準につきましていろいろとお話を申し上げてまいりました。今後の件につきましての御指摘でございますので申し上げますと、今後、医療施設機能の体系化を図っていきたくと考えておるわけでございますが、その中で医療従事者間の役割分担のあり方、それから今後の医師、看護婦等の需給状況の推移等を勘案しながら、精神医療の今後のあり方も含めて専門家の立場からの御意見もちょうだいして引き続き検討を加えまして、その結果に基づきまして必要な措置を講じてまいりたい、このように考えております。	甲B116
					議員・日下部緒代子	国も、人権という見地から収容政策からの脱却の必要性を認識していたこと等	地域社会復帰施設というものが次第にできていくこと、拡充されていくこと、またその地域の方々の認識、そして理解というものも高まっていくのではないかと、今度の事を受けまして、五月二十五日に改めて精神病院における常勤の指定医の確保の徹底等についての局長通知が各都道府県知事あてに出されたというふうに聞いておりますが、今後の取り組みにつきまして大臣にお伺いしたいわけでございます。まず、精神保健対策というのは、先ほど大臣も御指摘なさいましたように人権問題の基本でございます。そういうことを前提といたしまして、やはり収容主義から脱却するというのもこのあたりで思い切った対応が図られるべきではないかというふうな御質問も承りたいと思っております。	
					国務大臣・大内啓伍		[上記の質問を受けて]何よりもまず、そうした精神障害者に対しましては人権というものを厳しく尊重する姿勢を立てて必要な医療を施すとともに、またこれから社会復帰という面でも私どもは今重点を置いて考えておりますが、そういう面での対策を強化していくということが非常に重要な課題になってきていると思っております。	

第126回	参議院	厚生委員会	13号	平成5年6月10日	<p>議員・本岡昭次</p> <p>精神保健法制定時から依然として国際水準を満たしていないことと指摘されていたこと等</p>	<p>時のたつのは非常に早いもので、一九八七年九月十八日、本院社会労働委員会、長年の努力の結果として制定された精神保健法について私が質問しましてからはや五年と九月が経過いたしました。今回、五年後見直しに従って本改正案が提出され、かつ、衆議院でさらに五年後の必要な見直しの修正がなされたこと何れもよろしく思っております。そして、これを可能にした関係各位の御努力に心から敬意を表するものであります。</p> <p>さて私は、まだ多くの問題点を持ち、精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進について国際連合の最低基準に照らしても不十分な内容でしかない本改正案がありますが、五年後の再改正に期待をつなぎながら、賛成の立場で若干の質問をいたします。</p> <p>私は、一九八七年九月の本委員会で、当時の斎藤十朗厚生大臣に次のように決意を求めました。そのときの会議録を読ませていただきますと、「まだまだ多くの弱点を持つ改正案ではありますが、厚生省が精神障害者の人権に光を当てて国際的な水準に一步でも近づけようとしたその方向性を評価し、今後の改革に大きな期待を寄せつつ」「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」ということで、私は当時の斎藤厚生大臣の決意を求めました。斎藤厚生大臣は次のように答弁いたしました。「私は今回の精神衛生法等の一部改正の法律を契機として、本年を日本の精神保健元年、こういうふうにいたしたい、」、こう言いました。そしてまた、「今回の法改正を契機といたしまして、我が国の国情に応じた施策を展開いたしてまいり、そして国際的にも精神保健、精神医療の分野においてモデル的な国としてこれから評価されるように努力をいたしてまいりたい、」、このように決意を述べられたのであります。</p> <p>今日、日本の精神保健、精神医療の国際レベルは一体どうなっていますか。世界のモデル国として評価される実態に近づきつつあるのですか。大臣の率直な所見をまず伺っておきたいと思っております。</p>	甲B115
					<p>議員・本岡昭次</p> <p>日本の精神医療が国連原則を満たしていないと指摘されていたこと等</p>	<p>国連原則の問題にお触れになりましたので、それではそこに入っております。</p> <p>私ははっきり言いまして、一九九一年十二月十二日に、国連において国連総会第四十四回総会決議として上げられた「精神障害者の保護および精神保健ケアの改善」及びそれに付された二十五カ条の原則に照らしてかなりかけ離れている、日本は低い水準にあるというふうに言わねばならぬと思います。そしてまた、附属文書として国連事務総長の文章があるわけですが、そこにはこう書いてあります。「新たな関連法規を導入するにあたっては、諸原則に従った規定を採用すべきである。諸原則は患者保護に対する国際連合の最低基準を設けたのである。」、こういうふうにかかれてあるんです。</p> <p>それで、私はつづきこれを認めた、この諸原則なるもの二十五カ条、そしてこの改正法案と比べてみました。残念ながら、この国際連合の最低基準という問題に照らしてもまだまだほど遠いものがあると私は結論づけざるを得ないであります。</p> <p>これからその問題について私は質問で触れていきますが、大臣は、この国連原則に照らしでも恥ずかしくないところで言い切られますか。もし言い切られるなら、私はこれはどうだこれはどうだと質問してまいりますが、恥ずかしいけれどもまだそこまで到達していないとおっしゃるなら、私はそういう立場で質問します。どちらの立場で質問したらいいか。大臣、国連原則と日本の精神医療の関係をはっきりさせてください。</p>	
					<p>議員・本岡昭次</p> <p>民間病院の経営の必要性から隔離収容状態が発生するところ、これを改善するために、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</p>	<p>あなたの話を聞けば聞くほど、昭和三十三年のこれは不要になってきている。特殊病院とかいう形ですね、結核とそれから精神病院を置いて。それで良質な医療を全体にと、こうなったときはこの通達の趣旨そのものが不必要になってきている。それだけ我が国の医療のあり方、あるいはまた患者の人権とか医療を受ける権利とか、そういうようなものがやっぱり年を追って拡大してきておるんでしょ。その中で、昭和三十三年のこうしたものが、もはや死文化したという状態になってもなおかつ生き続けているというこの不合理、これはやはり僕はこの質問の中ではっきりさせていたきたいと思っております。</p> <p>それで、自治体病院はあなたがおっしゃったように重厚ないろいろな体制をとっていらっしゃいますよ。しかしながら、病床数を見ると、平成二年度で、自治体立の精神病院では一万七千二百六十一床でしょう。それに対して、私立の精神病院の病床数は三十一万五千三百十床でしょう。これは圧倒的に私立の精神病院のところで治療を多くの患者が受けておられる、こうなっています。要するに、入院を要する精神患者のほとんどは私立の精神病院で治療を受けるんです。ところが、それが百床に対して二十・二、二十人そこそこという看護者の手で治療を受けているというこの実態。公立の自治体病院に行くところと三十四・九という倍に近い形で治療を受けられる。精神病院一つとっても、個人と法人化された病院と自治体病院で非常に差があるわけですよ。こうした不平等が現にこうして非常に大きく存在しているんです。</p> <p>しかも、先ほど今委員の質問の中で答弁されましたけれども、平成三年度の病床百床当たり一カ月の収支について精神病院だけ取り上げてみると、個人の場合は三百七十五万円の利益、法人が百一十六万六千円の利益、公立が赤字で千四百二十万円、こういうふうになっておるんです。これはなるほどわかるんですよ、何で自治体病院が千四百二十万円も赤字になるのか。これは、百床当たり三十四・九、そういう看護体制を維持しておるからこれだけの赤字が出るんです。自治体病院がなぜ赤字という赤字を出してもそれだけのを維持するかという、そうでなければ良質な医療が保障できないから自治体病院は赤字覚悟でやっているんでしょ。となれば患者にとって、自治体病院に入った人として医療の部分で大変な不平等を受けることになります。患者の治療を受ける平等の権利が受けられなくなる、こういう実態が私はここにはっきりしたと思うんです。</p> <p>自治体病院の方は、赤字は税金の中から補ってやるという仕組みなんですよ。個人とか法人の病院ではそれはできない。できないから人件費を抑制する、それで辛うじて経営をするための利益を出していく。その根拠になっているのは何かということ、この三十三年の通達というのがそういうものを認めていっているということなんです。</p> <p>経営者の立場からすれば、個人であろうと法人の私立の病院であろうと、やはりこれは経済的に成り立たなければならぬですよ。病院を経営しているんだから、経営の安定というものが当然そこに出てくる。だから、こういう格差を生まないように、経営の安定が図れるようなやはり精神医療の面での診療報酬の問題とかさまざまな手を打たなければ一般病院との間に大変な格差がある、さらにまた、精神病院の中にこういう格差が存在しているという矛盾をどう解決していくかということが私は極めて大事だと思います。</p> <p>その中の一つに、その三十二年の、他の病院よりも人員配置は少なくともいいというこの物の考え方、考え方問題ですよ、これをやはりなくす。それと診療報酬の問題で、こうした病院の経営の主体ごとにこんな格差が出ないようにやる対応の仕方、こういうものが私は必要ではないか、こう思うんです。だから、いろいろここで議論をしたいんですが、きょうはその三十三年の次官通知、局長通知、それをこの際もうはっきり廃止も含めて見直し、考え直しますということ、私は政治家としての厚生大臣にぜひともそれだけをお願いしたい、こう思います。</p>	
					<p>議員・本岡昭次</p> <p>多くの社会的入院者が存在するにもかかわらず、措置入院に関して軽減された予算が社会復帰施設のための予算に充当されていないと指摘されてきたこと等</p>	<p>最後に、残された時間、計画化の問題をお伺いいたします。</p> <p>老人医療というんですが、これは高齢化社会というふうな問題を展望しながら、ゴールドプランという十年間の壮大な計画が今ずっと進められております。私は、この精神障害者の問題も非常におくれてきただけに、これを他の社会福祉の面、医療の面と歩調を並べて引き上げていくには、非常に緻密なそして大胆な長期計画というものはなければ、単年度単年度ではとてもやり切れないんではないかと思うんです。その点を少し申し上げてみます。</p> <p>一九九一年度の精神保健関連の全予算は四百六十二億円だったと思います。このうち社会復帰関連の予算は二十億、全予算の約四％強、これは間違いありません。そして、社会復帰という問題を考えていくに当たって、「昭和五十八年の精神衛生実態調査によれば、精神病院入院患者のうち、条件が整えば退院の可能性がある者は二割である。」、このために「社会復帰のための施設の整備を促進すること」が重要である。」というのを一九九一年七月の公衆衛生審議会精神保健部会の中開答申で述べています。「条件が整えば退院の可能性のある者は約二割である。」、社会復帰のための条件を整える、こういうことです。昭和五十八年、入院患者は三十三万人いる。三十三万人の二〇％、これは六万人ということですよ。そうすると、六万人の社会復帰施設を整えるということが数字で出てくるんです。果たして、そのように今なっておるかどうかということなんです。</p> <p>それで、もう少し見てみますと、私はこんなことを思うんです。一九八〇年の精神保健の予算は八百四十八億円。一九九〇年の精神保健が四百六十二億円になったんで、十年近くで、なぜ減ったのか、なぜ半分近くになったのか、これはなぜかという、措置入院費に非常に多くのお金がかかっていた。精神保健法の開削と、あるいは措置入院する必要のない人まで、年間二十二万円のお金をつけて措置入院させることが不当ではないかということ。あるいは、実地検査等々が進んで、また医療現場の従事者の大変な努力によってその措置費がだんだんと少なくなってきて、その結果私は四百億近いお金が軽減をしたと、こう見ているんです。これは、現場の精神医療従事者の大変な努力の結果そういうことだと思</p> <p>そして当時、私たちは、この減っていく分を社会復帰の面にお金を回せ、現場の努力した結果を、やはり厚生省の予算がただその分が減ってほかへ回らずに、精神保健、精神医療のところをそれと併せていこうということを随分言ってきました。けれども、結果は先ほど言ったようになかなかそうにならないんです。どうでしょうか、五年計画というものをしっかり立てて、長期計画をもって精神保健、精神医療の抜本的な充実をやっていくということについて、厚生省は来年度予算の中でそうした企画をおやりになりませんか、どうですか。</p>	
					<p>議員・西山登紀子</p> <p>国際法律家委員会からの勧告が指摘されていたこと等</p>	<p>前回の法改正に向けて公衆衛生審議会が出した意見書では、我が国の精神障害者対策は制度、事業面の立ちおくれについては否定できない現状であり、今や早急に是正を図るべき重要な社会的課題となっていると指摘しておりました。また、さらに一九八五年のWHOや国際法律家委員会と国際保健専門職委員会の調査団は、日本の精神医療制度の現状は精神障害者の人権及び治療という点において極めて不十分とみなされなければならないと、国際的にも厳しい評価を下しておりました。その後の経過を踏まえても、なおことし三月の同審議会の意見は、前回改正で導入した各種制度はまだ執行遅れを重えているところもある、社会復帰施設の整備は他の障害者の施設と比べて十分に促進されていないなどの指摘がされています。</p> <p>私も、今回この分野につきましているいろいろ勉強をしてみましたけれども、率直に言いましてどの問題を取り上げても施策のおくれは甚だしいと感じました。精神障害者を隔離あるいは放置するというような前近代的な状態がまだ十分払拭されていない、残されているという思いを強くしたわけでございます。</p>	
					<p>議員・栗森喬</p> <p>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</p>	<p>そこで次に、今回の法改正で、第四十八条の削除は患者の人権や医療の多様性という意味では前進だと思っています。しかし、こういうことは別に、精神病院そのものの医療の現場の改善をきちんとしなきゃならない、放置されているのではないかと懸念も私はございます。</p> <p>先ほどから同僚議員が精神科の看護基準の問題を取り上げました。私は、この問題は非常に重要なやっぱり物差しだと思います。といいますのは、精神医療という現場は、業というよりも医師とか看護士さんとかそれぞれの人たちの中で信頼関係をつくりながら社会に復帰をしていくという、こういうことが前提でございます。今看護士さんが足りないときに、一般並みに四人に一人というんですか、すぐにしるというんですけれども私はかなり難しい問題だと思っておりますが、これはいわゆる基準の問題としてどこかで見直して何らかの方法をとらないと、なかなかこの問題はうまくいかないんではないか。</p> <p>例えば、今の診療の計算の仕方、いろいろ具体的な数字では、私も余りきちんとしていないところもあるんですが、精神科の病院がちょっと経営の問題でコストを上げようとするとなぜ何をやらかさうと、医師の効率的な配置というのをやるわけですよ。効率的な配置というのは、一人一人の患者と接する時間が結果として短くなるということでございます。そして、看護士の基準もこうなっていますからその他の配置職員を最低配置にする、できるだけ人を少なくする。そういう環境というのは、本当に精神科病棟というもの一つのあり方をめぐってここは変えていかないといいんではないか。やっぱりいい環境というのは、医者がたくさんいて看護士さんもいて、それで掃除のこととかいろいろなんかも含めてそういう環境の中で、精神科の病棟といえますか精神医療というのは改善をされないといけない。そういう意味で言うと、こう言っているんですが、多少安上がりに精神医療を考えているというふうには私は結果的に見えてしまうわけでございますが、この私が述べたことについて答えていただきたいと思います。</p>	
					<p>国務大臣・丹羽雄哉</p> <p>国も精神医療に対する偏見の解消の必要性を認識していたこと等</p>	<p>御指摘の精神医療に対する偏見の問題でございますけれども、私も大変根強いものがあって、これが社会復帰施設であるとかそういうものがなかなか思うように進まない大きな要因になっているのではないかと思っております。</p> <p>さきの公衆衛生審議会の意見書におきまして、入院患者及び通院患者のクオリティー・オブ・ライフを高め国民の精神医療に対するイメージを一新する、このことの必要性というものが指摘されておるわけでございますが、私もまたいたしましてはこれを踏まえて今後とも開放的処遇の一層の推進を図る。さらに、チーム医療の確立を通じてよりよい環境において質の高い医療が提供されるように努力していく、こういうことを通じていわゆる国民の間にありますこういう精神科への入院、通院、さらにこういう患者さんに対する社会的偏見、差別、こういうものを解消していかなければならないと考えているような次第であります。</p>	
第126回	衆議院	厚生委員会	15号	平成5年6月4日	<p>議員・外口玉子</p> <p>法改正によっても日本の精神医療は改善せず、国際的に圧倒的な遅れがあると指摘されていたこと等</p>	<p>精神を病むことが即社会からの隔離につながり、必要以上に長期間におわたって閉鎖的な環境にとどめ置かれるといった従来の精神医療のあり方を、私たちは一刻も早く変えていかなければなりません。日本における精神障害者の人権擁護の圧倒的な立ちおくれは国際的にも大きな批判を浴び、今、私たちの社会的責任がここに急務的に問われています。</p> <p>五年前、精神衛生法から精神保健法へと法改正が行われましたが、依然として精神障害者の医療及び保護を行うという古典的な精神科対策をめぐらず、精神障害者及びその家族に大きな犠牲を強いている現実に対し、私もまた責任と憤りを覚えているものでございます。今回の精神保健法改正案においてもまた、精神障害者の医療、保護が中心的な課題となつたままにあるのは極めて遺憾に思います。</p> <p>私は、この法が目指すべきは、今や医療、保健、福祉のみならず、社会全体で支えるシステムをつくり出していくことであると考えます。しかし、定義を見ても、病理性な基準でのみとらえられております。ハンディキャップを負いながら社会生活を継続していく人としての社会的な視点が全く欠けています。精神保健の概念ともいうべき問題について一体どのようにお考えなのか、まず基本的な見解をお伺いいたします。</p>	甲B114
					<p>議員・外口玉子</p> <p>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</p>	<p>特に特例措置の廃止をしていく方向を求めて、次の質問に移ります。</p> <p>次は、精神医療審査会です。精神障害者の人権を保障するという立場から、精神医療審査会の機能の充実についての見解を伺います。</p> <p>昨年の国連による精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則も、自由権的諸権利、社会権的諸権利などを定めた世界人権宣言の各条項を基本としております。したがって、精神障害者もハンディキャップを負いながら社会の中で暮らしている市民の一人であり、そのための市民としての人権がきちんと保障されてしかるべきであることは、何度繰り返しても繰り返す必要はないところでございます。</p> <p>しかし、六月二日の同僚議員からの質問にあった大和川病院問題のような悲しい事件は、いまだなお後を絶っておりません。この事件から見ても、積極的にアプローチしていかないと実態を把握することが極めて困難な対象であり、領域となっているということが現在の精神医療の実態であります。各都道府県に設置されている精神医療審査会のあり方がここでも問われたと言つてよいと思</p> <p>精神医療審査会は、人権擁護の観点に立つて、入院患者の入院継続の要否、または入院中の患者からの不服申し立てについて判断する機関であるはずですが、この障害者の人権擁護のための極めて重要な機関が、これまでほとんど機能してこなかった現実を覚えます。そしてまた、構成メンバーに保健師、ソーシャルワーカーなどの社会復帰活動に精通している者を加えること、そしてまた事務局体制を確立し、第三者機関としての機能をより高めるための施策が必要と考えます。</p>	
					<p>議員・池端清一</p> <p>国際的にみて日本の精神医療が遅れがあると指摘されていたこと等</p>	<p>この十年間を振り返ってみますと、世界各国において「マライゼーション」とリハビリテーション、この理念のもとに、完全参加と平等の目標に向けて積極的な取り組みが行われてまいりました。精神保健の分野におきましても、一昨年十二月、一九九一年十二月の国連総会において、精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則、いわゆる国連原則が採択されました。精神障害者の人権の擁護と、自立の向上のための各国の共通のガイドラインが決定されました。このように、国際社会における取り組みは大きな前進を見せているのであります。</p> <p>一方、翻って我が国においてはどうかという、前回、一九八七年の精神衛生法の改正により、任意入院制度の導入や社会復帰施設の設定などにより、精神障害者の人権に配慮した施策が講ぜられることになっておるのですが、しかし、いろいろ質疑にありましたように、国際的な視点から見ますと、残念ながら依然として多くの立ちおくれがあるということを国の内外から指摘されていることは、御案内のとおりであります。先ほどの同僚外口議員の質疑でも明らかにされたように、社会復帰施設の整備は極めて低調でございます。社会復帰対策はなお立ちおくれのままでありますし、精神病院等における不祥事もいまだ後を絶っていないのであります。</p>	
					<p>議員・児玉健次</p> <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と思</p>	<p>[条件が整えば退院の可能性があるとされた者]二二％として七万六千人強ですね。そして、今局長がおっしゃった精神衛生実態調査、一九八三年のもの、全国精神障害者家族会連合会の滝沢武氏が厚生省の広報誌である「厚生」の中で述べていらっしゃるのを援用すれば、十万ないし二十万という見方もあります。そこで伺いたしたいのですが、現在社会復帰施設の定員はどのくらいか、援護寮、福祉ホーム、授産施設それぞれについて、箇所数とあわせて示していただきたいと思います。あわせて福祉工場について当面のような計画をお持ちなのか、以上お答え願います。</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と、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ったことと、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>	

					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らなければならない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。それに沿ってダ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促してきている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いろいろな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対応でき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のはどのくらいつくらないといかぬか、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か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、本人の意思が無視され、入院中の生活についても医師の裁量権に基づく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を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ことには私は思いますから、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お医者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、今後検討してまいらなければならな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います。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ど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たいと思います。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らっしゃるのでしょうか。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。理事会でどうい話をしているかということは私は知りません。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まして、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に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。ぼ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ば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、こう言っているのです。後では医療保険の問題でも議論するのですが、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って、快癒いたしまして家庭や社会に復帰するというの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よ。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でいられるのは不浄な金をもらったりしてはいかぬ、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。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ある。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、患者が入院して数週間以内に復帰をして、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おる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ての違い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られます。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者一人が必要である、こう定められておられます。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ある。精神病院で、政令、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、看護者はその基準の三分の二でよいとされておられます。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、ほとんどが基準の七〇％程度を充足する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も起こりましたが、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、医師はおることになっているのでありますけれども、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辺の者が承知しない。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、看護者は低くてもいい、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あります。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。同じ病気にしても、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をはかるわけでありまして、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、看護を要する。そういうところが他よりも少なくてもいいということについては何とでも理解ができない。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を法務大臣にもちゃんと知っていただきたいたいということで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、日本という国はやつと重い腰を上げる。外から言われてやるんじゃなくて、内の方からどんどん私は改めたいってほしいと思うんですけど、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というのが二〇％。この条件の中心となるのが社会復帰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います。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、精神病院に限らず実は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すとか、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すので、私どももいたしましては、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か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います。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・近江巴記夫	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すが雇用形態でございますとか、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案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こう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は非常にまありがち――あつ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っております。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、国際的ないろんな組織での大きな問題にもなっております。でもございますので、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いた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。先般来日をいたしました障害者インターナショナル及び国際法律家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来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とを正しく理解してもらうことは何よりも大事なことでございますが、国連の場合におけるいろ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、そしてその上に立って再発をしないようないろ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、政府内連絡を取り合いながら努力をしてまいりたい、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、それ以外はもう自由入院という二二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、この決算委員会で官房長官が約束されました三省庁協議というものを促進して、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約束もいたしていた、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日も早く全貌を解明をしていたで、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とあります。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組んでまいりたい。それから第三点として、この特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書われる病院に陥ったり、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んじゃないかと私は思っております。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とあります。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出されております。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もらいたい、これは現場や民間の皆さんに任せるのでなく、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
					国務大臣・渡部恒三	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	[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まいら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、出発点が西欧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ふ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。	
第101回	参議院	社会労働委員会、地方行政委員会、大蔵委員会、運輸委員会連合審査会	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	厚生大臣と、大蔵大臣もちょっと聞いていただきたんですが、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床、これが昭和三十九年はわずかに五万三千三百床なんです。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なっていくと、これは国家財政でも大変だと思っております。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す。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。	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	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おっしゃいましたけれども、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が一体どこに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、精神病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で、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。それをどうするの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ますが、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して、私は、今のような具体性のない答弁で、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言うわけにはいかないんです。どうですか。 今私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が合っていくと思うんです。今のような答弁では、全然そうした将来の医療のあり方について論議が合わない、こっちはかみ合わせようがないわけでは、このことはきょう初めて言ったんじゃないわけで、先日も質問をしているし、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る所存でございます。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いたしておりますが、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。	甲B27
					議員・本岡昭次	こうした場合に先ず、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るわけではあります。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。		
					政府委員・大池眞澄	宇都宮病院におきまして実地審査の状況について御報告申し上げます。まず、措置入院患者についての結果でございますが、百六十一名の措置入院患者につきまして精神鑑定医の実地審査の結果、要措置となったものが四十七名でございます。残余の百十四名は措置は要しない、しかし、そのうち九十八名は引き続き入院ということでございます。それから十四名が要措置ということでございます。それで残りの二名がその他と、こういうような結果に相なっております。次に、同意入院による患者の件でございますが、これはまだ現在実施中でございまして、七月末現在での中間的な状況把握でございますが、これまでに百五十名鑑定を行っていますが、引き続き入院を継続する必要があると鑑定された者が百十五名でございます。それから、通院に切りかえることが可能という判断が三十四名、それから退院が可能であるという判断が一名と、こんな状況でございます。		

					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でございまして、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、二十九万人も三十三万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い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する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。その上におき、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のがある、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、今のようないろいろな慢性的に実施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えますと、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を布団敷いて、十人並べさせておいても、それで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ないと思うんです。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という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。——ちょっとあなたじゃない。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、必ずしも全体の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これ以上どんどん増額をさせない、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は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ことを図っていかねばならぬと思うんですが、どこから手をつけられた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ことに軸を置いて、そしてそれに必要なことをやっていく、このこと以外にないのではないと思うんです。 たくさんあるからどれから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。それが何万床であっていい、厚生省としてやはりこれを下げていくんだということ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、二百二十二人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、次々といろ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まして、この委員会でも私も論議をさせていただきまして、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、新聞紙上明らかな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でございます。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はなく、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はなく、我が国全体の精神医療はどうあるべきか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っております。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ねばならぬ問題が含まれている、こう思います。	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、とか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ってもたらされる損失の姿勢、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、 そう考えて、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は、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に達するというよ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、そう思うわけですが。 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ねばならないところですが、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、そう考えるわけですが。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いました。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、そう考えるわけですが。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っております。	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っております。 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、横断的な入院者数については、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者で一一・二％、ところが、八二年の新規入院者は一・五％。この数字を対比しますと、措置入院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、全入院者数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っております。どう考え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ろうと思っております。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っております。 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が。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が。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錠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が。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が。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えるわけでございますが、時間があ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、また収容されてしま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って、釈放命令を出す権限がないというこ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えますと、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るつもりはございません、してないと言ってしまうからでございます。いずれにいたしましても、イギリス等に比べて格段の差がある。事情精神障害者の人権擁護にしましては、極めて後進的な段階にあると言わざるを得ないかと思っております。		
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えてください。 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、 こう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、労働管理業者、労働者、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が。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。 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って、釈放命令を出す権限がないというこ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えますと、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るつもりはございません、してないと言ってしまうからでございます。いずれにいたしましても、イギリス等に比べて格段の差がある。事情精神障害者の人権擁護にしましては、極めて後進的な段階にあると言わざるを得ないかと思っております。	甲 B97

