

# 医療基本法の制定にむけた議員連盟 患者団体等ヒアリング

全国「精神病」者集団  
共同代表 関口明彦・桐原尚之

〒164-0011 東京都中野区中央2-39-3  
E-mail jngmdp1974@gmail.com

## はじめに

全国「精神病」者集団は、1974年5月に結成した精神障害者個人及び団体で構成される全国組織である。

会員は、入院中の人、地域で生活している人、現在は治療を受けていない人、誤って病気とみなされた人、精神科病院内の自治会組織、地域患者会、自立生活センタースタッフ、ピアスタッフなど幅広い層を網羅している。

精神障害者に関係のある医療制度は、次の制度がある。

- ・医療法（精神病床などの基準を定めている）
- ・精神保健福祉法（精神障害者の非自発的入院、身体拘束等の行動制限、移送を定めている）
- ・医療観察法（心神喪失等の状態で他害をした者に対する司法判断の入通院処遇命令を定めている）
- ・その他（行動制限等の処遇の実地指導制度など）

## 医療基本法に求めること

### 一般医療への編入

精神医療は特殊な位置づけになっている。精神医療を特別な枠組みに押し込めずに、一般医療と同じ枠組みにするような制度改革を望む。

### 非同意医療の適正化、最少化

政策の基本的な方向性を確認するために患者の権利に関する事項を明文化することを望む。

特に医療は患者の同意を基本とすることの確認、同意を得ずに医療を開始する場合の疾病を超えた基本的な考え方の明文化、最小侵襲原則など医療行為の適正基準にかかわる考え方の明文化が定められることを求める。

## 私たちがうけてきた精神医療

・看護職員3人～5人に囲われて一月近く非同意で入院させられた。看護師が入室してきたとき怖くなって逃げようとしたら手足を抑え込まれた。

・家族が退院を認めないことを理由に医療保護入院で4年間入院しているが、一生出られない不安をかかえている。

・隔離室で一週間も身体拘束された。身体拘束は、なすすべがなく絶望的な気持ちにさせられた。

・早期発見早期治療が必要と信じて心療内科にかかったところ、あわない薬(SSRI)の副作用で行動障害がでて病気が悪化してしまった。

## 私たちがうけてきた精神医療

・精神科病院は、病院というよりハンセン病療養所のような収容施設に近い機能をもっている。

・かつて日本医師会の武見太郎氏は精神病院を牧畜業者と語ったように、ベテランの医療者からみても「精神医療は他科と違って病院とは思えない」と言わしめるほど特殊な環境であった。

・近年、以前よりは改善されたという評価も耳にするが、病院間の格差が激しく、旧態依然とした病院も相当数残されている。

・その根幹をなすのは、精神障害者の非自発的入院や行動制限、退院制限等の手続き規定と、これら一切を判断する精神保健指定医に権限が集中した精神保健福祉法の構造である。この法律の運用によって深刻な医療不信を招いてきた。

## 精神科医療に関する主たる不祥事事件

発覚年	月	病院名	主な内容
1968		近藤病院	暴力団員が経営を握り、女性患者を次々暴行
1968	12	栗岡病院	院長が患者13人をバッドで殴打、1人死亡
1969	8	安田病院	看護人3人が男性患者をバッドで殴り死亡させる
1984	3	宇都宮病院	患者が職員らのリンチで死亡。院長らが患者虐待、使役労働、無資格診断、違法解剖で公訴。数百人の行方不明。
1985	4	厩橋病院	看護師が患者を殴って頭の骨を折る大怪我を負わせる。
	7	大多喜病院	入院患者の急死、違法解剖など
1986	10	岸根病院	自殺を病死に工作、処方箋の記入を外部発注
1992	6	河野粕屋病院	電気痙攣療法で患者2名死亡
1993	2	大和川病院	男性患者が院内で暴行を受け不審死
	9	湊川病院	男性患者が何者かに暴行を受けて重傷
1994	4	川越記念病院	患者にエアガン乱射
1995	12	皆川記念病院	男性患者がベッドに縛られたまま流動食を詰め窒息死
1997	2	山本病院	職員二名が女性患者を殺害
2002	7	和歌浦病院	看護助手が男性患者を殴打して死なせる
2003	5	三生会病院	心臓に持病のある患者に電気ショック療法。死亡。
2006		成増厚生病院	火災発生。閉鎖病棟の患者5名死傷。
2008	12	貝塚中央病院	拘束中の患者が死亡

## 医療基本法に求める具体的な要望

### 基本方針(仮称)の明文化

- ・法律明文に患者の権利を推進する医療の基本方針を書き込むこと。
- ・基本方針は、共同骨子7箇条を踏まえたものとし、列挙的に書きこむこと。
- ・基本方針は、精神障害者を特別な医療の枠組みに押し込めず、一般医療と同じ枠組みにしていく方針を明文にすること。

## 医療基本法に求める具体的な要望

### 基本計画(仮称)の明文化

- ・患者の権利を推進する医療の基本計画(仮称)を定めること。
- ・基本計画(仮称)には、行革等を含む患者の権利を推進するためのグランドデザインを定めるものにする事。
- ・基本計画(仮称)には、いつまでにどの法令を制定・改正するのかなどのスケジュールを定めるものとする事。  
(例えば、「精神障害者の医療の提供のあり方に関する検討については、令和4年9月を目途に結論を出す。」などスケジュールを含めた政策の全体像が明らかになるように書き込む。)

## 医療基本法に求める具体的な要望

### 会議(仮称)の明文化

・患者の権利を推進する医療の基本政策を決めるために厚生労働大臣を中心にした会議を厚生労働省に設置すること。

(医学部教育について検討するためには文部科学大臣、医療観察法や医療刑務所について検討するためには、法務大臣、裁判所などの参加が不可欠になってくるため、成員については閣僚を前提とする。)

・所掌事務は厚生労働大臣とすること。

## 医療基本法に求める具体的な要望

### 委員会(仮称)の明文化

・患者の権利を推進する医療の基本政策を検討する委員会(仮称)を設置すること。

・患者団体を過半数とすること。

・委員会(仮称)の位置づけは、厚生労働省設置法上の委員会(仮称)とし、委員は国家公務員に準ずるものとすること。

・委員会(仮称)の機能は、基本計画(仮称)の作成にあたって意見をいうこと、基本計画(仮称)の見直しの検討にあたって意見をいうこと、基本計画の実施状況について評価をおこなうこと、会議(仮称)の決定にあたって意見をいうこととすること。

### 地方公共団体の講ずる措置

・地方公共団体においても同様の機能を確保すること。

## 医療基本法に求める具体的な要望

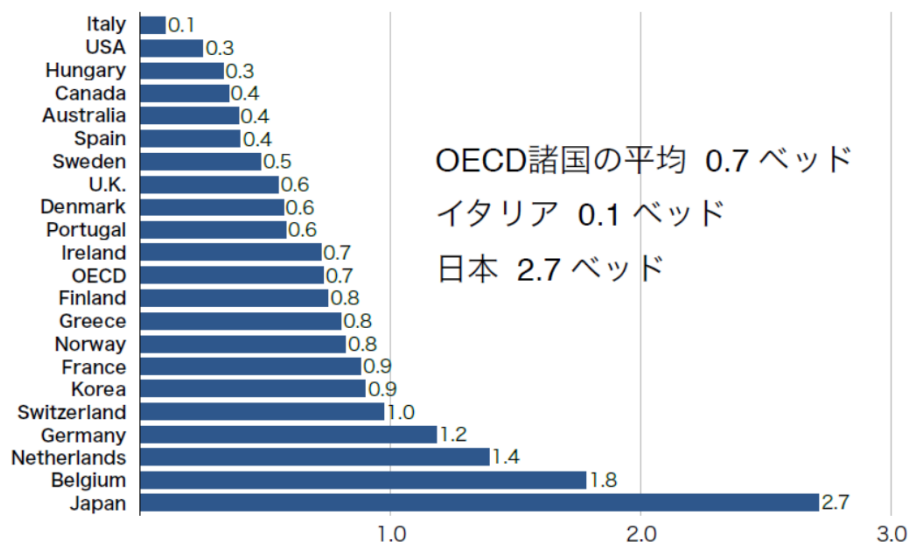
### 附則に入れるべき事項

・見直し規定を設けて政策の実施状況の評価を踏まえながら見直しをできるようにすること。

(見直し規定に実効性を持たせるため法成立後も議連を継続すること。)

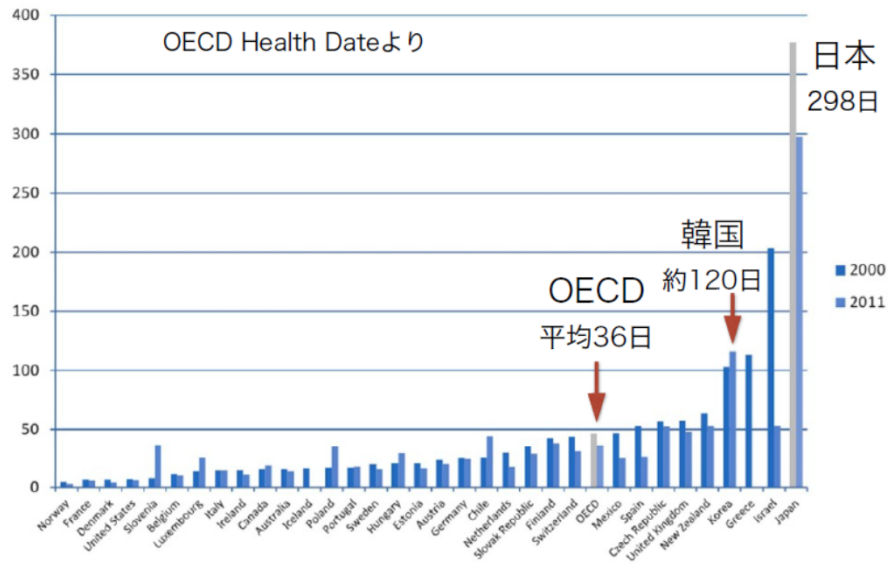
・厚生労働省設置法において患者の権利の推進を厚生労働省の所掌事務に加えること。

人口1,000人あたりの精神科ベッド数  
OECD 諸国精神保健データ 2010年

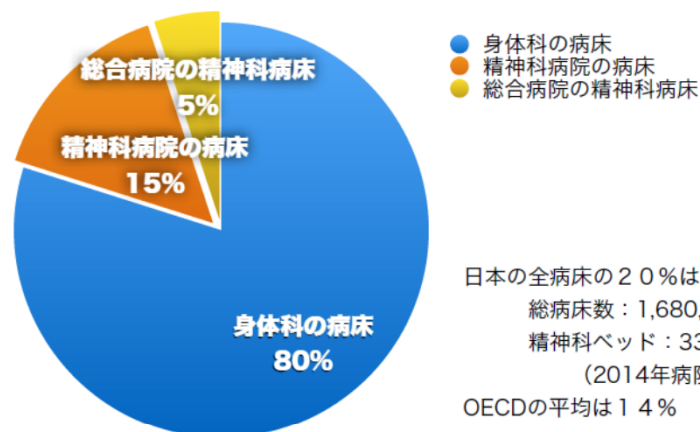


## 平均在院日数2000,2011

Figure 4.2. Average length of stay in psychiatric care beds (days), 2000 and 2011



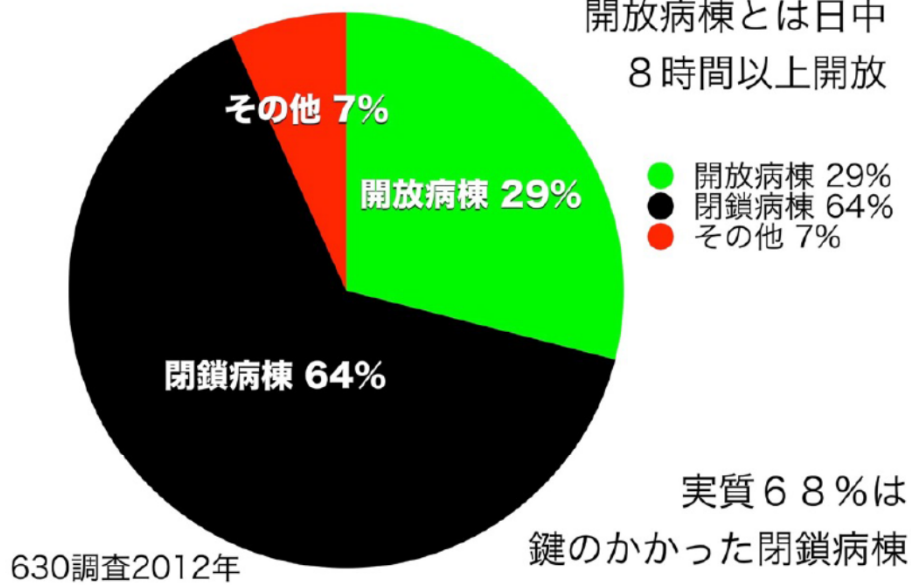
## 日本の病床の2割は精神科



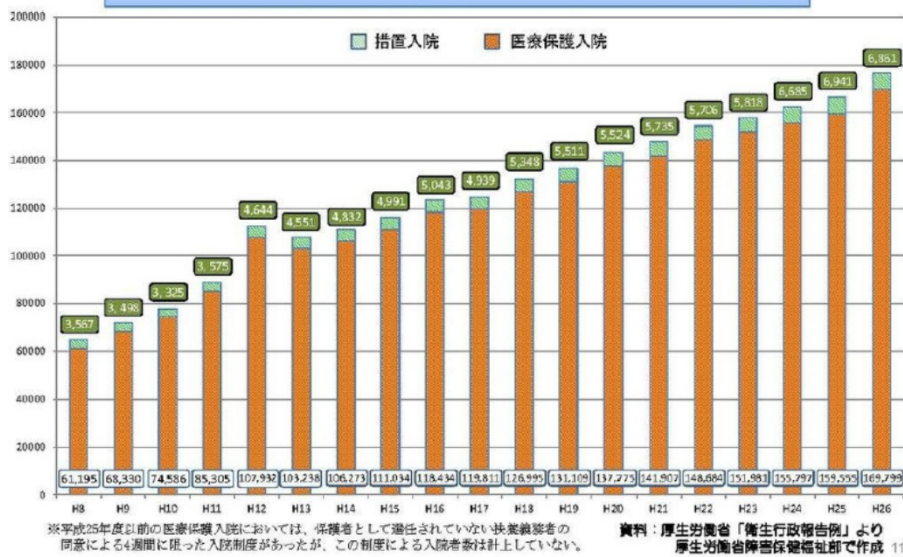
精神科の9割が民間病院

諸外国の多くは強制入院や行動制限があるため公的病院

## 精神病棟の71%は閉鎖病棟



## 措置入院・医療保護入院の届出数の推移



※平成25年度以前の医療保護入院においては、保護者として選任されていない扶養義務者の同意による4週間に限った入院制度があったが、この制度による入院者数は計上していない。



## 精神医療の特殊性

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画に基づき基盤整備するため、平成32年度末・平成37年の精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定する。

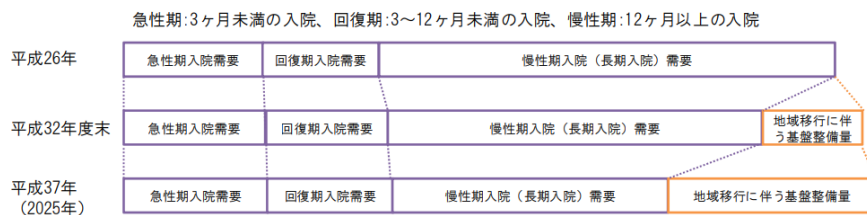
### 現状・課題

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年)」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもと、退院率等の目標値を掲げ、この達成により10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。結果は、平成14年から平成26年で、精神病床1.8万床(入院患者3.6万人)減少した。地域移行を進めるためには、新たな目標設定が必要。
- 「重度かつ慢性」に関する研究班より、長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であると示唆された。このような研究成果等を踏まえつつ、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を各都道府県ごとに算出することのできる推計式を開発する必要がある。

### 対応方針(推計式の開発)

- 平成37年までに重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行を目指す(※)とともに、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及や認知症施策の推進による地域精神保健医療福祉体制の高度化を着実に推し進めることを目標とした推計式を開発する。この際、人口の高齢化による影響も勘案する。

※平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)の時点では、重度かつ慢性に該当しない長期入院精神障害者の地域移行の半分を目指す。



9

## 精神医療の特殊性

・医療計画における基準病床の算定式は、精神病床、結核病床、感染症病床だけ療養病床及び一般病床とは別の枠が設けられている。

・精神保健福祉法上の入院制度や歴史的な帰結として、支援があれば退院できるのに長期入院を余儀なくされる、いわゆる社会的入院問題が発生した。

・この算定式は、1年以上長期入院者の7割が長期入院需要がある重度かつ慢性者であり、現存する病床は長期入院需要があるために存在するという前提にたっている。

・精神を特別枠にすることで療養病床及び一般病床の需要とは異なる長期入院需要を前提とし計画が立てられてしまっている。

## 国連原則から障害者権利条約へ

1976~	世界精神医学会は旧ソビエト精神医学会を除名	旧ソビエトによる精神医療濫用が問題となる。これを契機に国連人権委員会差別防止・少数者保護小委員会による原則策定作業が開始されていく。
1982.8	精神障害を理由として拘束された人々の保護に関する指針、原則及び保障」(ダエス草案) (国際法律家委員会主導・リーガルモデル)	通称ダエス草案は、医療的パターナリズムを極力排除するため、法律による適正手続と公正な判断を採用した。世界精神医学会は、医師が患者の利益となる判断を可能とするよう法律による国家からの介入を批判した。
1988.9	精神障害者の保護と精神保健医療改善のための原則と保障」(パーリー草案)の提出 (世界精神医学会主導・メディカルモデル)	パーリー草案は、世界精神医学会による批判に回答して大幅に医師の裁量を認めた。その上で精神医療の改善によって患者利益を保護しようとした。
1991	国連精神保健原則採択	バレンスバトリエとポリースパワーの併存。
1991	世界精神医療ユーザー連盟(後のWNUSP)の結成 ↓	精神障害を理由とした強制を容認する点でリーガルモデルとメディカルモデルを等しく批判。別のパラダイムとして法的能力における支援された意思決定パラダイムなどを示していく。
2006	障害者権利条約の採択 (障害者団体主導・障害の社会モデル)	こうして新たなパラダイムによる提言は障害者権利条約に結実した。

当事者中心の流れへと変わってきた

## 障害者権利条約の趣旨

障害者の権利に関する条約は、障害者団体が策定過程に参画して本人の声に基づき作られたものである。

・日本は、条約37条に基づく政府の実施状況に関する審査において、国連から精神保健福祉法の非自発的入院及び行動制限、医療観察法の手続きが条約(12条、14条、17条、25条等)の趣旨に反する旨の勧告を受けることになると指摘されている。

・条約勧告を尊重し、国内法の見直しをする必要があるため、**患者の権利の規範となる法律に依拠しながら抜本的な見直しを進めていくことが求められている。**

条約第33条には監視規定があり、締約国は**障害者にかかわる政策の策定過程において障害者を参画させなければならない**こととされている。

## 精神医療の特殊性

出典:厚生労働省業務ガイド2018

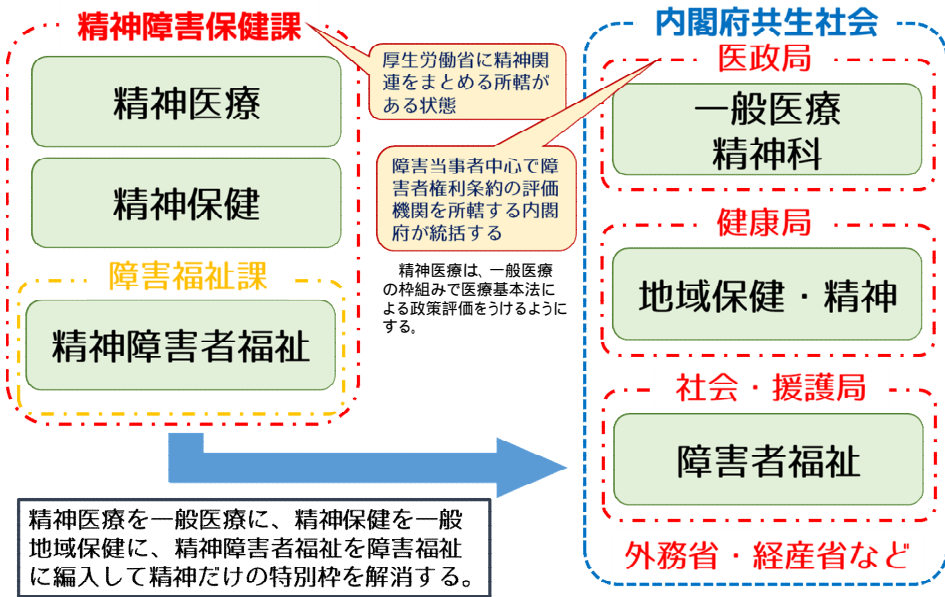
厚生労働省	大田官房	人事課、総務課、会計課、地方課、国際課、厚生科学課
	医政局	精神課、地域医療計画課、医療社会政策課、医事課、医科保健課、看護課、経産課、経産課、経産課
	健康局	精神課、健康課、がん・皮膚科課、結核感染症課、難病対策課
	医業・生活衛生局	精神課、医薬品審査管理課、医療機器審査管理課、医薬品・化粧品課、製薬課、麻薬・覚醒剤課、血液対策課、生活衛生・食品安全課、食品衛生課、食品衛生課、食品衛生課、生活衛生課、水産課
	労働基準局	精神課、労働条件改善課、監事課、労働関係法課、賃金課、労務管理課、労働時間管理課、労働安全衛生課
	安全衛生部	労務課、安全課、労働衛生課、化学物質対策課
	職業安定局	精神課、雇用促進課、雇用関係課、労働関係法課、外国人労働者対策課、労働市場センター業務課
	雇用開発部	雇用関係法課、労働関係法課、労働市場センター業務課
	雇用環境・均等局	精神課、雇用促進課、労働関係課、職業生活向上課、在宅労働課、勤労者生活課
	子ども家庭局	精神課、保育課、児童福祉課、子育て支援課、母子保健課
	社会・援護局	精神課、保健課、福祉課、福祉課、福祉課、福祉課、福祉課、福祉課
	障害保健福祉部	企画課、障害福祉課、精神・障害保健課
	老健局	精神課、介護保険課、高齢者生活課、高齢者生活課、高齢者生活課
	保険局	精神課、保険課、国民健康保険課、国民健康保険課、国民健康保険課
	年金局	精神課、年金課、国民年金課、厚生年金課、国民年金課、国民年金課
	人材開発統括官	人事官(人材開発統括官)、人事官(労働関係)、人事官(キャリア形成支援)、能力開発官、海外人材育成官
	政策統括官(労働関係)	人事官(社会政策)、労働関係官、労働関係官
	政策統括官(統計・情報関係)	人事官(社会政策)、統計・情報官、統計・情報官

- 1950年、いやしくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般を精神病院に収容するという立法趣旨で精神衛生法が成立した。
- 旧優生保護法に基づく断種等の手術を効果的に実施する予算措置等のために精神衛生課が設置された。

精神保健福祉法の所轄  
精神・障害保健課

日本の行政は、よくもわるくも縦割り行政である。精神科病院は、精神保健福祉法という精神障害者だけを対象とした特別法を根拠としており、一般医療を所轄する医政局・健康局ではなく社会・援護局が特別な枠組みとして対応をするかたちをとっている。こうした構造によって行政上も精神保健政策は、一般医療から離された特別なものとなってしまっている。

## 精神医療を一般医療へ編入し行政改革する



## 行動制限に対する監査・指導体制

他方で精神保健福祉法には、他科にはない行動制限の基準(37条1項大臣基準)や監査・指導制度が存在する。

ただ、実態は37条1項大臣基準をもってしてもコントロールできていない。(精神科病院の身体拘束は10年で2倍に増えた。)

あらかじめ、きちんと「患者の権利はこういうものだ」と示す医療基本法があって、はじめて37条1項大臣基準や監査・指導制度、権利擁護の働きが実効性をもつ。

37条1項大臣基準(行動制限の基準)や監査制度といった他科にはない運用は、非自発的入院制度を定めた精神障害者の特別法にひも付けするのではなく、患者の権利を定めた法典を基礎とした法体系の下で運用されていくことが望ましい。