

院内シンポジウム

精神科病院に入院中の人々のための権利擁護の実現に向けて

～日精協によるアドボケーターガイドラインはあかん！！～

日時 2018年2月7日(水) 12:30～15:30

会場 参議院議員会館B104会議室(東京都千代田区永田町2-1-1)

(1) 開会挨拶 (12:30～12:40)

長谷川利夫さん(杏林大学教授・大阪精神医療人権センター賛同者)

(2) 基調報告① (12:40～30分)

日精協「アドボケーターガイドライン」は、どこが問題なのか

原 昌平さん(読売新聞大阪本社編集委員・精神保健福祉士)

(3) 基調報告② (13:15～30分)

大阪精神医療人権センターによる権利擁護活動を全国に

(日本の精神医療の現状、どのような権利擁護システムが求められるのか)

位田 浩(大阪精神医療人権センター共同代表・弁護士)

(4) 休憩 (13:50～14:00)

(5) リレートーク(14:00～10分ずつ)

①入院経験から

②小佐野啓さん 全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)

③山田恵太さん 弁護士

(6) 質疑応答 (14:35～14:50)

(7) フロア発言 (14:50～5分ずつ)

①上蘭 和隆さん DPI日本会議

②倉町公之さん 大阪府精神障害者家族会連合会(だいかれん)

③桐原尚之さん 全国「精神病」者集団 その他調整中

(8) リレートーク&閉会挨拶(15:20～15:30)

山本深雪(大阪精神障害者連絡会代表・大阪精神医療人権センター副代表)

主催: 認定NPO法人大阪精神医療人権センター

後援: DPI日本会議、日本障害者協議会(JD)、全国「精神病」者集団

全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)、全国精神障害者地域生活支援協議会(あみ)、

日本精神保健福祉士協会

大阪精神障害者連絡会、大阪精神保健福祉士協会、大阪精神科診療所協会、大阪弁護士会

東京精神医療人権センター、埼玉県精神医療人権センター、兵庫県精神医療人権センター

20180207 精神権利擁護 院内シンポ

@参院議員会館

日精協「アドボケーターガイドライン」 は、どこが問題なのか

原 昌平

hara4142@yomiuri.com

読売新聞大阪本社編集委員

精神保健福祉士

日本精神保健福祉士協会相談役

大阪府立大学客員研究員

1

【問題1】 医療を受けさせるのが目的

▼三角点マニュアル

「意思決定及び意思の表明の支援者は「本人が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」である」

「病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明を行う」

▼日精協ガイドライン

「アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手」

「入院中の「説明が得られない」「聞いてもらえない」ことに対しても、本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて代弁する」

「主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」

「アドボケーターは、対象者本人にとって、最善の利益に叶うような全体的に判断ができるような資質が求められる」

4

いきさつ(1)

2

●前回の精神保健福祉法改正（H25＝2013）

- ・ 医療保護入院について、保護者制度を廃止。退院支援を導入
- ・ 法改正に向けた検討チームは、「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることにする」ことで一致（平成24年6月29日 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第3ラウンド報告書）
- ・ ところが厚労省は、「家族等の同意」を残し、代弁者を入れず（法改正は平成25年6月13日成立）

→ 積み残しにされた「代弁者・権利擁護」のしくみ

- ・ 衆参両院の厚生労働委員会は、附帯決議で、代弁者など権利擁護のしくみを早急に検討するよう求めた

【問題2】 あくまでも話を聞くだけ

5

▼三角点マニュアル

「あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする」

「誘導しない・・・意思の表明の支援者は誘導してはいけない（例：薬のことは主治医に聞いてみるというですよ）」

「本人に寄り添い、一緒に横に存在し、気持ちを聴く」

「（退院後にしたいこと、できたらいいなと思うこと。入院中に困っていること。してほしいこと）聞き出そうとせずに自然体で面接に臨み、不安を受け止め、否定せずにありのままを中立的に聞く」

いきさつ(2)

3

●厚労省の研究費による研究事業

▼H26年度 支援の三角点設置研究会による研究事業
「意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」の作成

▼H27年度 日本精神科病院協会による研究事業
モデル事業の実施、「アドボケーターガイドライン」の作成

※ どちらも精神保健福祉士の岩上洋一氏が中心

●これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会

「意思決定支援等の権利擁護を、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当」（平成29年2月8日報告書）

●政府が平成30年度予算案に、研修費500万円を計上

意思決定支援等を行う者に対する研修の実施（新規）

相談支援事業所に所属する相談支援専門員（アドボケーター）が、非同意入院患者のいる病院を訪問し、退院に向けた意思決定支援や退院請求などの入院者が持つ権利行使の援助等を行うための研修を実施する。（補助先＝民間団体、補助率＝定額）

【問題3】 患者は利用しにくく、打ち切りやすい

6

▼三角点マニュアル

医療保護入院者が利用を希望した場合、利用申込書を書いてもらい、病院から連絡して実施機関が申し込みを受け付ける。申し込みを受け付けた実施機関は病院と事前協議の機会を持つ

「実施機関は支援開始後にいつでも中止、終了することができることを毎回伝えることとする」

▼日精協ガイドライン

アドボケーターを利用するための同意書については「本人・家族双方から得る」 ※家族の同意がないと利用できない

「アドボケーター活動は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する」

「病状が重く、アドボケーターとの面会が出来ないことも予想される。この際には医療機関の主治医、担当スタッフと面会継続の有無について検討が必要である」

【問題4】 病院のコントロール下の活動

7

▼三角点マニュアル

「支援開始の最終判断は主治医が行うこととする(隔離拘束中の支援実施の可否についても同様とする)。なお、患者の情報開示の範囲は主治医の判断によるものとする」

「初回面接の際は病院職員が同席するかどうかの確認を本人にとって対応することとする」

▼日精協ガイドライン

「アドボケーターが訪問した際の実施方法等については、医療機関の指示に従うこととする。利用者との面会場所、病院スタッフの同席の有無等について、医療機関側と協議すること」

「時間についてはケースバイケースで利用者の入院する医療機関との相談による」

※ 病院職員が面談に同席することが可能

ガイドライン作りの中心になった岩上洋一氏の発言

10

◆あり方検討会 医療保護入院等のあり方分科会第2回(平成28年4月28日)

医療機関側はもうきちんと権利支援をしていく、そういう方針のもと支援はしているけれども、入院自体は医療機関の医師が決定を下している、その中でご本人が入院を決めた方々の意見をきちんと聞けるかどうかという問題があって、多くの方々は医療を進めていく中で信頼関係をつくって退院に向かっていくということはあるけれども、中には医療不信のまま進んでいく。そのときに必ずしも退院請求をするというわけではなくて、その間にもう一度人との信頼関係を取り戻すプロセスが必要で、そのために、この枠組みでは意思決定支援のモデル事業が行われてきたということがございます。

◆あり方検討会 医療保護入院等のあり方分科会第3回(平成28年5月27日)

いつも何か医療は問題を抱えているということをおっしゃる方が周りにいらっしゃるというお話のだけれども、私はこの検討会で全体的にこういう意見があるという言い方はとても失礼だと思うのです。どここの病院がどういう問題があるというのだったらわかるのですけれども、精神科医療全体がこういう問題を抱えていますと、精神科医療が問題だと、どこに根拠があるのか私にはわからない。

【問題5】 患者から聞いた話を、病院へ報告

8

▼三角点マニュアル

「実施機関は所定の書式に面接結果を記載し、退院後生活環境相談員に提出するとともに、支援機関の控えとして写しを保管する」

「報告を受けた退院後生活環境相談員は、1週間以内に本人と面接し、あらためて病棟に伝えるかどうかの意思を確認したうえで対応する」

▼日精協ガイドライン

「アドボケーターが利用者から聞いた内容は、アドボケーター活動報告書に記載する。医療機関側に伝えるべき内容は、守秘義務違反にはあたらない」

「アドボケーターとなる者は、患者との面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにとめる。面接終了後、患者が入院する医療機関の担当者」に口頭で面接内容の簡単な報告をするとともに手渡す」

こんなのは、権利擁護ではない！

11

権利擁護のしくみを作ったように見せかける「まやかし」

●ガス抜き、なだめ役、病院のスパイ

病院が入院患者を管理しやすいよう、側面的に援助する者

●当事者が、病院の手先をさせられる

アドボケーターは、専門職と入院経験者のペア

●病院による人権侵害という認識が全くない

というか、病院を守るためのガイドライン

【問題6】 権利を守る活動はやらない

9

▼三角点マニュアル

「ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会に実施機関は参加できないこととする。また、家族・地域援助事業者等への仲介も行わないこととする」

「直接的な支援をしない」

「直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思の表明の支援者の役割は、どんな時も常に対象者本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものである」

【問題7】 病院に不都合な情報は、封じ込める

▼日精協ガイドライン

「報告書等を作成する際には、個人が特定できないように、あなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。」

日本の精神科医療は問題だらけ

12

1 ベッド数、入院患者数が多すぎる ※グラフ資料参照

2 強制入院が多すぎる

3 患者の人権が守られていない

4 職員による虐待・不祥事が後を絶たない ※資料参照

5 入院期間が長すぎる (長期入院は幸福追求権の侵害)

6 クスリが多すぎる

7 地域の福祉がまだまだ貧しい

★精神科医療はこの十数年、悪くなってきた！

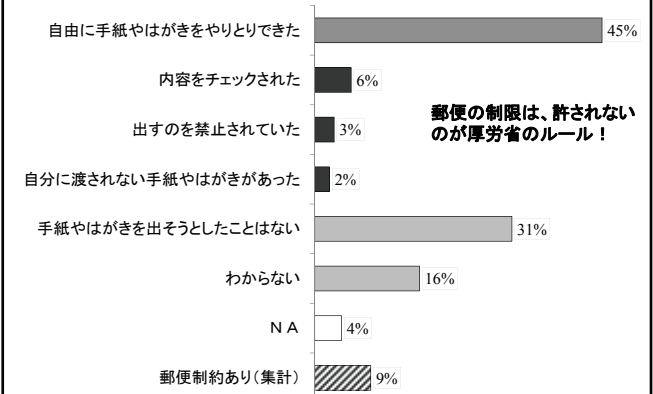
2005年以降に精神科に入院した経験のある人たちへの調査結果から(抜粋)

原が大阪府内で実施した調査
(質問紙によるアンケート)

集計対象者 261人

図4-14 郵便の利用状況 (複数回答可)

入院中、電話やはがきをやりとりできましたか？ (N=261)



強制入院の有無と、隔離・拘束の経験率

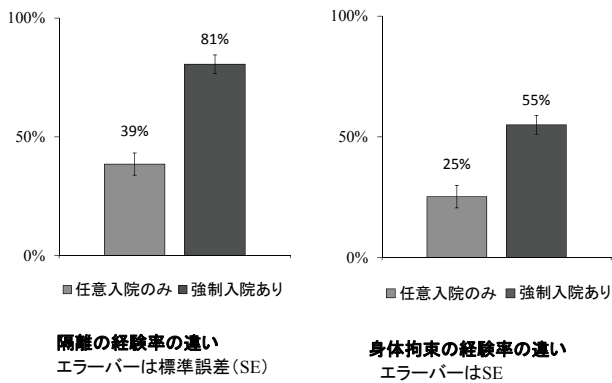


図4-15 面会の状況 (複数回答可)

入院中、面会は自由にできましたか？ (N=261)

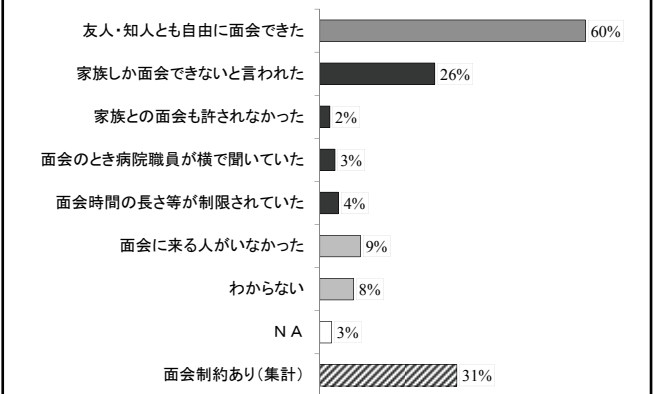


図4-13 電話の利用状況 (複数回答可)

入院中、電話は自由にかげられましたか？ (N=261)

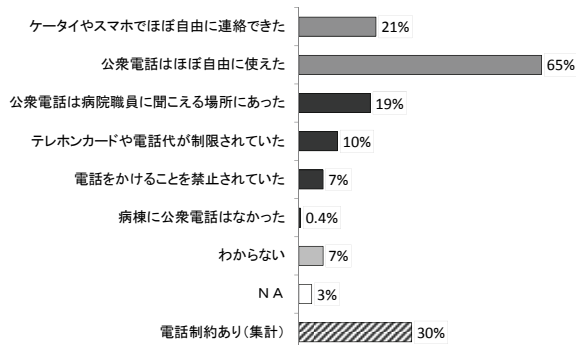
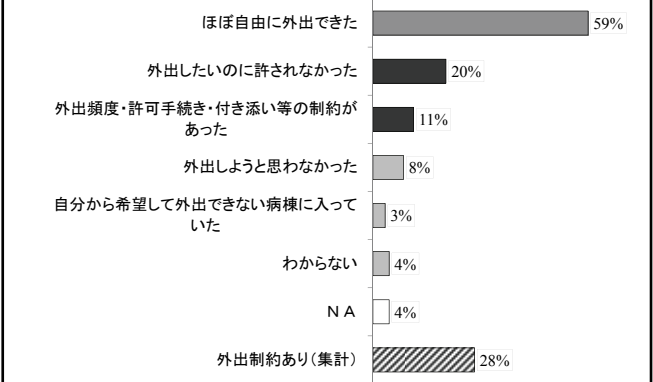
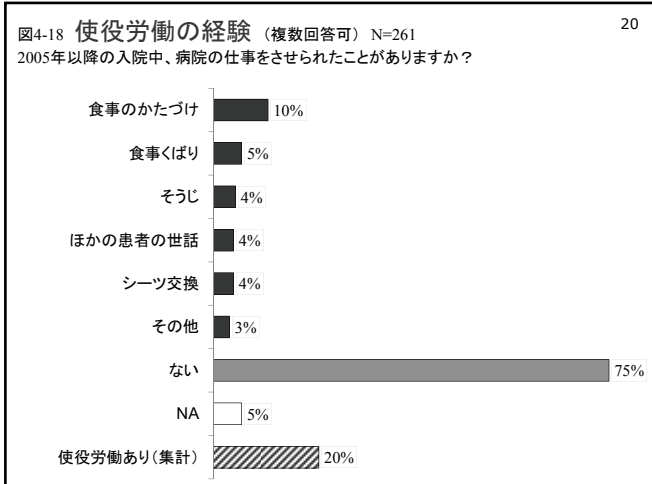
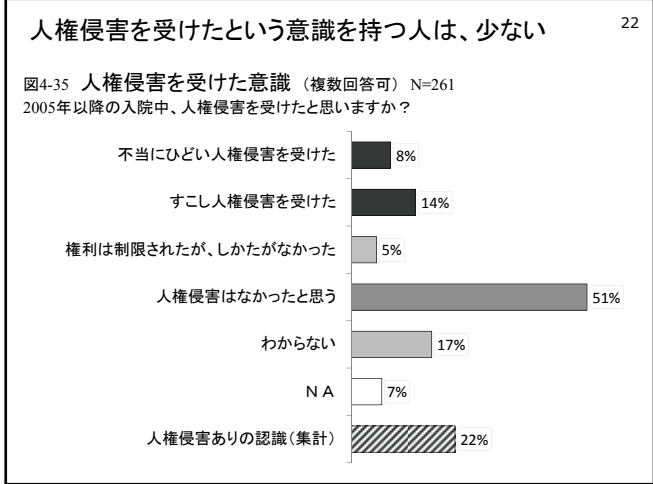
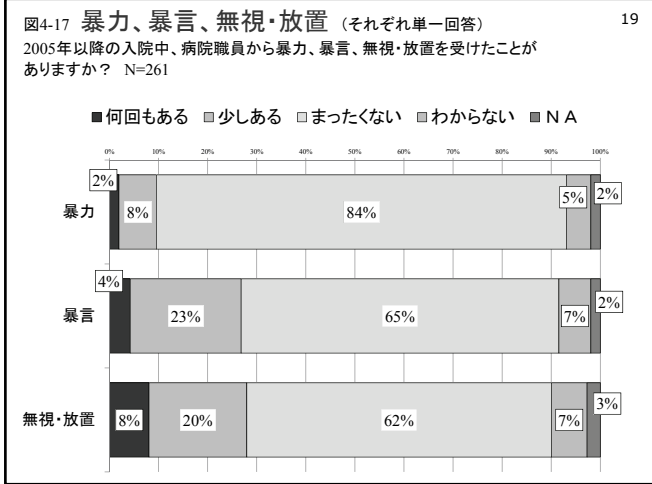


図4-16 任意入院中の外出状況 (複数回答可)

任意入院のとき、ひるまの外出はできましたか？
入院の種類の設定で任意入院ありと答えた人のみ集計 (N=180)





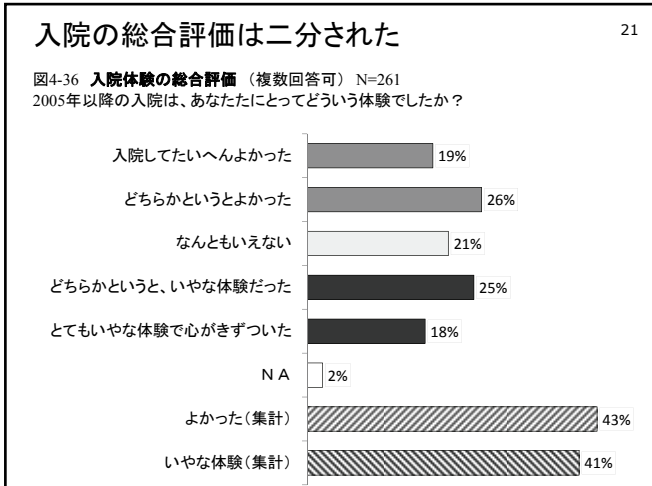
アンケートの自由記述欄に書かれた入院経験者の声 23
恐怖・不安(1)

▼強制入院について

- 医師から入院しますか、と聞かれ、いやです、と答えた瞬間に担架に乗せられ保護室に運ばれ絶望しました。枕越しに顔をなぐられたことも覚えています。(20代男性)

▼隔離・拘束について

- 怖かった。丁寧な説明や話し合いがあれば、他に方法があったのではと思う(30代女性)
- こわいとこ。もうおもいだしたくない(30代女性)
- 病院なのに拘束されるのが嫌だった。手と胴体と足首をしばられるのが痛かった。(30代男性)
- 保護室はこわかった。ずっと天井ばかりを見て、じっとしてははず、幻聴のせいでドアをたたいたり、大声をあげたりしていた。二度と入院したくないです(50代女性)
- 痛かったし、6人ぐらいで拘束されたので、すごく怖かった(20代女性)
- 任意入院なのに、手足をしばりつけてきた。(20代女性)
- 拘束しないでほしい。食事抜きにしないでほしい。(50代男性)
- 保護室にいた時に「水をくれ」と言っていて、最初は持ってきてくれたけど、だんだん持ってきてくれなくなり、妄想から騒ぎまくって、ドブが濁って困ったことがある。(30代女性)



恐怖・不安(2) 24

▼暴力など

- 無視、なぐられた。ひきずられた。かんごしになぐられた事はしんじてもらえないが、ゆるさない。なぐられた事。ほかのかんごしに言っても何もしてくれない。(40代男性)
- 職員から首を締められたり、叩かれたり、けられたり、足で体を踏まれたり、イヤミや悪口、陰口を言われたり、他の患者から暴力を受けた時に職員に無視されたり、面倒臭そうに「分かった、分かった。」と言って何もしてくれなかった。(30代男性)
- たたかれたりのしられたり暴力にあった。(30代男性)

▼強制治療

- 無理やり点滴されるのはひどいと思う。(50代男性)

▼プライバシー・私物の安全

- かつてにカーテンをあげられて着えを見られたこと、トイレに入ったらドアをこわして男の看護師に入られた。(40代女性)
- 大声をだす人がいて、おちつかなかった。プライバシーがなかった(50代男性)
- 個人の引き出しを開けた形跡があった。(30代女性)
- 貴重品の管理をきちんと欲したい。(60代女性)

不自由さ(1)

25

- もっと自由が欲しい。(40代男性)
- 自由がない、例えば飲食などの制限が厳しかった。(40代男性)
- どこにTELをするのも、面会の相手の関係を聞かれたり、制限された。(30代女性)
- ケータイやスマホを自由に使わせて欲しい。(マナーを守れない人は医者の特権で使用禁止にすればいいと思う。)(40代男性)
- スマホを持たしてほしい。それで何の問題があるのか分からない。外出も時間管理がきびしい。入院後3か月、全く外出してない人もいた。(30代男性)
- 面会は身内のみ、外出は医師が書面にしていない用紙がなければ、外出できなかった。面談に来た家族を服の中、カバンの中などチェックすることははいやだった。親類以外の面談はダメというは行きすぎではないか。(40代男性)
- 面会室がナースステーションの横で話は簡抜け。面会に時間制限があった。外出については退院の見通しがつくまでできなかった。院内散歩もさせてもらえなかった。(50代女性)
- 友人が面会に来てくれたが、面会を許されなくて、会えなかった。(20代男性)
- 友達が心配して面会に来てくれたのに会えなかった(40代女性)
- 途中から、家族のみの面会はOKになったが、付き合っている人との面会も許してほしかった。(40代女性)

尊厳・心の傷(2)

28

- 強制入院せざるを得なかったかもしれないが、まるで罪を受けるために入った感じだった(治療という感じではなく)。医師にも「眠れない」と言っただけで拘束された事もあり、トラウマになっている。(30代男性)
- ちゃんと理由をいってもらい、本人のなっとくの上で入院するようにしてもらいたい。(50代男性)
- 保護室や院内の様子など、入院するまでわからないことや知らないことが多く、恐怖が募ったこと、たいていの医師や職員の方は良い人に恵まれたが、まれに心ない人や無理を言う人、特に頭から患者の話を信用しない人がいて、大変傷ついたことがある、精神を患っていても、基本は信頼が大切だと思う。(30代女性)
- アンケートに答えて病院は患者を馬鹿にしているやつらだということがわかりました。本人の意志を無視していじめて、金をとっていると思います。過保護といういじめです。(30代男性)
- 飲んでた薬を急に減らされたり、新薬を飲まされたり、症状が悪化したと思う。ためられている(モルモット)ではないかと。(30代男性)

不自由さ(2)

26

- 面会の話を聞かれているのが、いやだった。(40代男性)
- 外出は自由にしたかった。(50代男性)
- もっと自由に外出して買物、外出をしたかった(40代男性)
- もっと外出や面会をさせて欲しいと思いました(20代女性)
- 早く出たかった。もっと外へ出たり、美容院へいっておしゃれしたい(50代女性)
- 息苦しかった(外出が自由でなかった。)
知らない土地だったので職員つき添いで外出。ほとんどの期間、医療保護(40代男性)
- 病棟外に外出できなかったのが気分が重たかった。人が面会に来てくれた時はうれしかった。(50代男性)
- トイレに紙がないのは時々あった。呼べば保護室。持ち物は、言ってから「調べます」と私の前で? 保護室は水やお茶を自由に飲めない。外へ出たかった。暑い日、何回も着がえたかった。(40代男性)
- 一人一人、利用料を払っても個人でテレビを見られるようにしてほしい病院もあった。(30代女性)
- おなかいっぱい、ご飯が食べたい。煙草を存分に吸いたい。(40代男性)
- 強制入院になると制限が多すぎて嫌だった。(30代男性)
- シャワーを浴びれる時間が少なかった。(20代女性)

調査結果のまとめ

29

- 1 人権状況は近年でも、かなり問題がある
- 2 強制入院の有無により、入院中の体験は大きく違う
- 3 法令違反や犯罪に相当する行為もある
- 4 現在の権利救済制度は、ほとんど機能していない
- 5 スタッフへの評価はプラスのほうが多い
- 6 人権状況と本人の意識にギャップがある

• 権利を制限・侵害されたり、ひどい目にあったりしても、「しかたがない」と思う人たちが、かなりいる。

• とても不快な気持ちがあっても、人権侵害を受けたという意識に結びつかない人たちが、かなりいる。

尊厳・心の傷(1)

27

- 人間として扱われてなかったように思う。(40代男性)
- とに角、患者の人権を無視しすぎ。動物や虫のように思っているのではないか。(50代女性)
- (スタッフについて)患者を人間と思わないところ(40代女性)
- 私たちは、おもちゃではなく回復していく人であることを忘れないでほしいです。入院中は言葉も表情も感情も出なくてしまいます。コミュニケーションも苦手になっていきます。それでも、少しでも回復や変化があった時は、声をかけてほしい、そう思って私は入院していました。(20代女性)
- 人権侵害に思える牢屋のようなおりに入れるような保護室のなくなる日が来てほしい。(40代男性)
- かかり、拘束は、酷いトラウマになり、現在、閉所恐怖症になってます。かかりはいつ、出してもらえるか、わからないから、不安。拘束の必要はなかったと思う(40代女性)
- 言葉を発しても周囲にとどかない環境は刑務所となら変わらない。(40代男性)
- 退院したくても退院できない人がかわいそおーになったことある。入院したくなくても入院させられた人がかわいそおーになりました。(50代女性)

なぜ、精神科の病院で人権侵害が起きやすいのか

30

●外部社会から隔離された集団生活施設の特性

(米国の社会学者 Goffmanの研究 『アサイラム』(1961)

(精神科病院、刑務所、障害者施設、学生寄宿舎など)

- 職員と入所者の間に力関係が生じる ≡支配
- 入所者には「無力化が生じる

●施設神経症(Institutional Neurosis)

(精神科医 Barton の指摘 『施設神経症』(1976)

精神科の長期入院患者に見られる特徴

無感情、主導性の欠如、非個人的な性質のものに興味を失う、従順さ、将来の計画を立てられないように見えること、個性のなさ
それらは病院で過ごした結果であり、精神病の症状とは別の病氣

現実の精神科病院に見るスタッフの権力性

31

1. スタッフが現実を持つ強制力（強制入院、行動制限）
2. 強制力を背景にした権力性
3. スタッフによる権限の乱用や暴力
4. 病気で困っているという患者の立場の弱さ
5. 診療・世話・サービスを提供する立場の強さ
6. 診療・世話・サービスがもたらす「恩義」
7. 生活上の規制や便宜をめぐる力関係
8. 退院の判断をめぐる力関係
9. 自己主張より、おとなしくするほうが賢い
10. 専門職という立場の強さ
11. 選択の余地のなさ

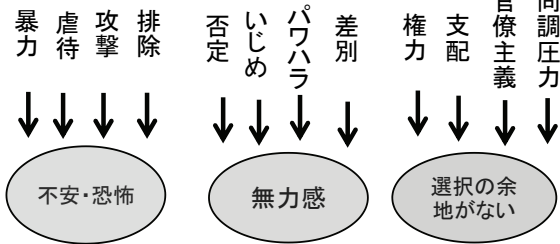


「集団管理」「事故を防ぐ」という意識の強いナース

ソentak!
する患者

外からの否定的パワー、否定的メッセージ

34



やがて受け入れて、自分で信じてしまう

- 外的抑圧が、内的抑圧をもたらす
- 「自分なんて」「どうせ無理」「しかたがない」（自尊感情の低下、権利意識の低下）

精神科患者の特性と状況による要因

32

- 1 疾患・障害の影響
(症状にエネルギーを消耗、意欲が低下、論理的主張が困難)
- 2 多剤大量療法の影響（鎮静作用、意欲の低下）
- 3 施設神経症（長い入院で無気力になる）
- 4 医学モデルの圧力（病気であることを否定的に見る）
- 5 セルフスティグマ（障害への偏見、自分を否定的に見る）



患者の人権を守るために、何をすべきか

35

- 根本的に必要なこと
病院中心の医療体制の変革（ベッドを大幅に減らす）
入院の法制度を変える（とくに医療保護入院）
- 急いで取り組むべきこと
強制入院の患者に付添人をつける（法的支援）
外部から出向く権利擁護のしくみ（人的支援）
虐待防止法を医療機関にも適用する
病院の透明性を高める

社会的な背景要因

33

- 1 味方になる人が少ない
(家族も味方とは限らない)
- 2 経済力が弱い
(裁判などに訴えることが難しい)
- 3 退院後の行き場がない
(地域生活を支える福祉・医療の遅れ)
- 4 精神科救急の不備
(搬送先が、よい病院とは限らない)
- 5 声を上げて、偏見によって無視される
(症状とみなされる、まともに扱われない)



外から出向く権利擁護が必要だ

36

- 処遇のルールを患者が知らないという問題
→ 不満を感じても、権利侵害と思わない
- 退院請求・処遇改善請求の制度は、ろくに機能せず
 - 2016年度に新規の措置入院・医療保護入院だけで18万8107件あったのに、退院請求は3,791件、処遇改善請求は609件（仮の請求率2.3%）
 - 審査で請求が認められたのは、151件(4.9%)
 - 請求の権利を知らない、わからない人が多い
 - 職員による請求妨害もある
 → 本人の請求を待っている制度ではダメ
- 人的かかわりによるエンパワメントが重要
→ 抑圧を取り除き、力を取り戻すのを助ける

まっとうな権利擁護の4条件

37

- 1 患者への権利侵害が広範に存在するという認識
 - 2 病院から完全に独立した立場
 - 3 あくまでも患者の味方というスタンス
 - 4 権利侵害をなくすために、実際にともにたたかう
- ・ 障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業として、相談支援事業所から派遣するのは、一つの方法としてありうる
 - ・ しかし、日精協ガイドラインの内容では、ひどすぎる（条件をどれ1つとして、満たさない）
 - ・ 希望者への個別支援だけでは不十分（声を出せない人にも、支援を得る機会を届ける）
 - ・ 病棟まで入って活動することが大切（現場を見ないとわからない、透明性の向上）

精神科の入院制度を改めよう

40

- 医療保護入院は乱暴な制度だ
 - ・ 私人の判断（病院）と私人の同意（家族等）だけで強制入院
→ 人身の自由を制限できるのは、公権力だけではないか
 - ・ 実体的要件は「医療または保護のために入院が必要」というだけで、きわめてあいまい
 - ・ 退院請求が却下されても、争う方法がない
- ※ 韓国の最高裁は「保護入院」制度に違憲判決（2016・9・29）
「悪用・乱用を防ぐ仕組みがない」
- 強制入院は、行政権限による命令に一本化する
入院の必要性の概念を明確にする
 - 強制入院は、十分なスタッフ配置の病院に限定する
 - 強制入院には、弁護士（または権利擁護者）を必ずつける

個別支援＋病院訪問型の権利擁護を

38

- センター機能が欠かせない
 - ・ 権利擁護者には一定の研修が必要（ピアも専門職も）
 - ・ 権利擁護者の活動には、それなりの報酬を出す
 - ・ 組織的なサポート、検討、情報の集約・交換が必要
 - ・ 権利擁護センターを都道府県単位ぐらいでつくる
 - ・ 人権センター、弁護士会、PSW協会、あみなどが協力する
- 巨額の費用はかからない
 - ・ 精神病床を持つのは全国で1600病院
 - ・ 入院経験者と専門職の2人ペアを基本にしてはどうか
 - ・ 全病院に月1回、2人ペアで巡回するのは、12億円でできる（全国で200ペア＝400人×年300万円、現場活動は週2～3回で計算）
 - ・ 権利擁護センターの経費を合わせても、年20億円弱でできる（国家予算、精神科の入院医療費から見れば、ごくわずかな額）
→ 入院が適正化される効果で、お釣りがくる！

病院の透明性を高めよう

41

- 強制入院、隔離、拘束の可視化
その時の状況を動画で記録する（検証可能にする）
行動制限の件数・理由を行政に報告させる
 - 病院の情報を公開する
医療の質を示す情報を行政が公開する
 - ピアレビューを制度化する
職種ごとに1週間程度の滞在型で相互視察する
年10億円あれば、全国の病院でしっかりやれる
- ★ 民間でもできる取り組みはある
病院への自主的な訪問活動
個々の病院の公的データの入手・公表

虐待防止法を医療機関にも適用せよ

39

- ・ 障害者、高齢者の虐待防止法で、医療機関、教育機関、官公署は対象になっていない。
- ・ 児童虐待防止法は保護者による虐待だけが対象。
- ・ 暴力を含む虐待事件は、精神科病院で後を絶たない。
- ・ 行政による実地指導だけでは極めて不十分。
- ・ 一般病院でも、不当な拘束や虐待はある。



権利を守ろう！ 尊厳を守ろう！
医療を変えよう！ 福祉をつくろう！



おわり

■精神科医療の主な重大事件（宇都宮病院事件以降）（原 昌平）

1 報徳会宇都宮病院事件（栃木、1984年3月発覚）

入院患者の男性2人が1983年12月、看護職員らに金属パイプで殴られるなどのリンチで死亡したことが発覚した。この捜査や報道、国会議員、弁護士などの調査で暴力支配と営利主義、多数の違法行為や不正が明るみに出た。

患者を注射・点滴・膀胱洗浄などの医療行為やエックス線撮影・脳波・心電図などの検査にあたらせる無資格診療。農作業・土木作業・炊事・清掃・関連会社の業務・院長宅の私用などに従事させる使役労働。極端な医師・看護職員不足。必要性のない強制入院。保護室の懲罰的使用。生活保護の患者の看護料の不正受給。患者からの預かり金の不正経理。倉庫や宿舎を無許可で病棟に使用。コメのヤミ販売。約2億円の所得隠し。死亡患者の脳は違法に摘出され、標本として東大へ提供されていた。「北関東医療刑務所」という異名を取った同病院は、広範な地域から患者を集めて収容していた。石川文之進院長は回診にゴルフクラブを携え、気に入らないと頭を殴った。

逮捕者は9人。起訴罪名は17。石川元院長も無資格行為の指示などで逮捕・起訴され、懲役8月、罰金30万円の実刑判決が最高裁で確定し、医業停止2年の処分を受けた。しかし同病院は健康保険法や医療法による処分は受けずに存続し、石川元院長も医師として診療に復帰している。

（橋本聡 1987 「宇都宮病院その後」『これからの精神医療』日本評論社：32-38、大熊一夫 1985 『新ルポ・精神病棟』朝日新聞社、安井健彦 1986 『悪魔の精神病棟 報徳会宇都宮病院』三一書房）

2 越川記念病院事件（神奈川、1994年4月発覚）

精神保健指定医の資格を持たない理事長が、夫の依頼で往診した女性が入院をいやがったのに催眠剤を注射して医療保護入院させたほか、男性入院患者を14日間にわたって隔離していたことが神奈川県調査で判明した。医療保護入院の定期病状報告書を白紙のまま、病欠欠勤中の指定医にサインさせておき、11通を偽造していた。一部の職員は患者にエアガンを乱射し、事務長は院内の電話に盗聴器を仕掛けていた。県は94年6月に改善命令を出した。看護職員数の水増しによる診療報酬不正受給もわかり、1995年1月に保険指定取り消し処分となった。（読売新聞、朝日新聞による）

3 栗田病院事件（長野、1996年11月事件化）

倉石文雄院長が、死亡患者の預金約400万円を引き出して着服した詐欺、有印私文書偽造容疑で長野地検に逮捕され、さらに元患者らに賃金を払ったように装うなどして4億8000万円を脱税した容疑で再逮捕された（のちに懲役1年10月の実刑と罰金1億円の有罪判決確定）。

その後、県や労基署、弁護士会の調査、報道で、一部の入院患者や関連会社の寮に泊ませた元入院患者ら100人余りを、「準職員」としてオムツ交換、オムツ洗い、院内の掃除、調理などに従事させ、無給か小遣い程度の金で働かせていたことが判明。職員による暴力、通信面会の制約、入院患者の超過収容、職員不足、劣悪な病棟環境なども明るみに出た。

（日本精神神経学会・日本病院・地域精神医学会 1999 「長野栗田病院問題調査委員会報告書」精神神経学会誌101巻12号：1132-1176、小林信子 1997 「精神病院スキャンダル—栗田病院事件から」福祉労働75号：127-131）

4 山本病院事件（高知、1997年2月発生）

アルコール依存症の女性患者（当時48）が、禁止されたお菓子を食べて、トイレに逃げ込んだのを、准看護師（19歳女性）と看護助手（21歳男性）が引きずり出し、殴る蹴るしたうえ、両足を持ち上げて壁に数回ぶつけるなどの暴行を加えた。女性患者は転院先で頭部外傷のため死亡。2人は逮捕され、傷害致死罪で実刑判決を受けた。高知県は病院に改善命令を出し、措置入院先の指定を取り消した。（高知新聞など各紙の報道による）

5 大和川病院を含む安田系3病院事件（大阪、1993年発覚、1997年事件化）

精神科の大和川病院では1969年と1979年に看護者によるリンチで入院患者が死亡する事件が起きていた。さらに1993年2月、男性患者がアザだらけで別の病院へ転送され、死亡した（のちに民事訴訟でボス患者らによる暴行と認定）。市民団体の大阪精神医療人権センターが病院の実態追及に取り組んだが、大阪府など行政の腰は重かった。

1997年3月、一般病床と老人病床を持つ安田病院、大阪平生病院を含めたグループ3病院が、医師・看護職員数を大幅に水増し報告していたことが読売新聞の調査で判明。この報道後、行政の調査が本格的に行われ、3病院を取り仕切る安田基隆・安田病院院長が詐欺容疑で大阪地検に逮捕・起訴された。3病院は保険指定取り消しに続き、同年10月に史上初めての開設許可取り消し処分・医療法人解散処分を受け、計1,116床が廃院になった。診療報酬の不正分の返還は24億5700万円にのぼった。安田院長は、賃金不払いの労働基準法違反と合わせ、懲役3年・罰金100万円の实刑判決を受けたが、上告中に病死した。

この過程で様々な人権侵害も明るみに出た。大和川病院では、強制入院なのに任意入院を装って行政に届けず、入院したら一律に保護室に3日以上隔離し、身体拘束もする。最低3か月は退院させない。患者を並ばせて番号で呼び、口を開けさせて薬をほうりこむ。逆らうと鎮静作用の強い薬で薬漬けにする。職員の一部は暴力をふるい、人手が足りないのでボス患者に暴力で支配させる。面会、電話、郵便、外出の自由を制限し、絶対に拒否できない弁護士の面会まで拒んだ。調理、配膳、掃除、工事などを患者にやらせる。イレウスを放置されて死亡した患者もいた。

また3病院では極度の人手不足と営利主義が劣悪医療を招いていた。医師の診察が何か月もない、病室にナースコールがな

く、患者が亡くなっても気づかない。高齢の患者は縛りつける。検査・投薬の内容は入院時の病名によって1年半先まで一律に決める。忙しいから点滴の輸液を打たずにトイレに流す。検温・血圧の数値はでっち上げる。患者が発熱したら、でたらめなマニュアルで病名をつける。亡くなったら心不全で片づける。無資格行為も日常的で、処方せんや死亡診断書を看護婦が書く、点滴をヘルパーがやる、配膳や掃除は患者にさせる。病室は冷暖房がなく、夏は熱中症が続出し、ダニ、シラミ、ナンキンムシが出た。傷口にウジがわいた患者もいた。MRSA感染による死者も続出した。

なぜ、そんな悪徳病院が長年、存続していたのか。安田院長は職員を独裁的に支配し、内部告発も封じ込めた。彼が設立した安田記念医学財団の役員には政治家や高名な医師が名を連ね、国会議員や厚生省局長らが、行政の調査つぶしに動いた。より根本的な背景として福祉の不備、精神科救急の不備があった。「いつでも、どんな患者でも受け入れます」を売り物に3病院は営業活動を展開した。警察、救急隊、福祉事務所にとって便利な病院で、困っていた家族の需要にも応えていた。精神障害・生活保護・高齢の患者は他に行き場がなく、人権侵害を受けても問題にする力、訴える手段、味方になる人が乏しかった。

(読売新聞の報道のほか、大阪精神医療人権センター 2005 『精神病院は変わったか?』大阪精神医療人権センター、壬生明日香 2009 「精神障害者の人権」『精神保健福祉士への道』久美:29-102、山本深雪 1997 「大和川病院事件へのとりくみから——精神障害者の権利の確立に向けて」福祉労働 77号:132-138、里見和夫 1999 「大和川(安田系3病院の1つ)事件の経過と問題点」法と精神医療 13号:59-72、里見和夫 2003 「大和川病院事件から精神医療を問う」精神神経学雑誌 105巻7号:868-871、仲アサヨ 2010 「精神病院不祥事件が語る入院医療の背景と実態——大和川病院事件を通して考える」生存学研究センター報告 11号:167-195、吉池毅志「入院患者のもとへ声を聴き取りに行き、伝え、変える——大阪精神医療人権センターの設立・活動史——」2016 『精神病院時代の終焉 当事者主体の支援に向かって』晃洋書房:43-76)

5 国立療養所犀潟(さいがた)病院事件(新潟、1998年9月発覚)

国立療養所犀潟(さいがた)病院で同年5月、指定医の診察なしに看護師の判断で違法な身体拘束を受けていた女性患者(51)が、吐いた物をノドに詰まらせて窒息死した。担当医はそのつど診察せず、不穏時などに隔離・拘束をするよう、包括的な指示を出していた。新潟県の調査で、ほかにも違法な隔離、拘束など精神保健福祉法違反が多数見つかり、県は8月、改善命令を出した。その後、担当医ら2人は精神保健指定医の取り消し処分を受けた。

(朝日新聞の報道のほか、長谷川利夫 2013 『精神科医療の隔離・身体拘束』日本評論社:32-35)

6 朝倉病院事件(埼玉、2000年11月発覚)

指定医の指示なしで手足を拘束する、大部屋に外から施錠する、同意能力のない認知症患者を多数、任意入院にするといった違法行為のほか、看護師に患者を選ばせて、高額の治療費がかかる中心静脈栄養を多数の患者に行い、感染症による死亡が続出していた。精神病棟の大部屋の他の患者がいる前で、3人に大腸がんや乳がんの手術を行い、3人とも術後に死亡していたことや、必要のない血液製剤の投与も県の調査で判明した。

埼玉県は2001年3月、3回目の改善命令と入院制限命令を出した。架空の内視鏡検査や中心静脈栄養による不正請求もわかり、保険指定取り消し処分が決定。病院は7月に自主廃院した。元院長はその後、精神保健指定医の取り消し処分を受けた。東京都内のホームレスの患者を多数させていた病院だった。

(新聞各紙の報道のほか、小林信子 2004 「朝倉病院事件が見せた精神医療のヤミ」精神医療 29巻33号:87-93)

7 箕面ヶ丘病院事件(大阪、2001年8月発覚)

内部告発を受けた大阪府の抜き打ち調査で、患者3人への違法な身体拘束が確認された。うち1人は病棟のデイルームに腰ヒモでつながれて寝起きし、食事や用便もそこに置いたポータブルトイレでしており、他の患者から「おい、ポチ」と呼ばれていた。その状態が約10年続いていた。病棟の公衆電話はふだん隠し、年1回の実地指導の時だけ出して、行政職員に物を言いそうな患者はその日だけ、バスで連れ出していた。20~30年という超長期の入院患者が多く、外出もほとんど許されなかった。処方されていた薬は、最も古い抗精神病薬であるクロルプロマジンばかりだった。医師、看護職員数の水増しによる不正受給も判明。2002年2月に病院は保険指定医取り消し処分を受け、自主廃院した。元院長はその後、精神保健指定医の取り消し処分を受けた。(原昌平 2003 「箕面ヶ丘病院事件——31年間、止まっていた時計」精神医療 No.32:95-98)

8 貝塚中央病院事件(大阪、2008年12月発覚)

2008年1月、指定医の指示なしで身体拘束を受けていた男性患者が、ベッドの横にずり落ちて拘束帯で腹部を締めつけられ、転院先で腸管破裂により死亡した。男性看護師が逮捕、起訴された(実行行為を否認したが有罪)。同病院では指示なし拘束がしばしば行われていた。この過程で、院長兼理事長が違法拘束をごまかすため、診療記録を職員に改ざんさせていたことも判明した。(読売新聞の報道のほか、長谷川利夫 2013 『精神科医療の隔離・身体拘束』日本評論社:36-38)

9 石郷岡病院事件(千葉、2015年7月事件化)

2012年1月、保護室隔離中の男性患者(当時33)が重体になった。転院して診断を受けると首の骨が折れており、2年後に肺炎で死亡した。家族側が実施した証拠保全で、看護職員2人が頭部を踏みつけている映像記録を確認。警察は2015年7月になって傷害致死容疑で、ともに60歳代の准看護師の男性2人を逮捕した。千葉地裁は1人に暴行罪を適用して罰金30万円(求刑・懲役8年)、1人に無罪。検察は控訴。(新聞各紙のほか、佐藤光展 2013 『精神医療ダークサイド』講談社:39-58)

■精神科病院で発覚した近年の虐待・不正など (2001年以降のみ) (原 昌平)

新聞各紙の報道をもとに作成した。民事訴訟案件は原則として収録していない。

スタッフの不祥事、火災、院内感染、患者同士の事件なども、このリストには収録していない。

右端の分類欄の記号は、暴=暴力行為、反=精神保健福祉法などの法令違反、不=診療報酬の不正受給、使=使役労働、金=金銭着服、性=性的行為、感=院内感染、税=脱税

発覚年	月	病院名	所在地	主な内容	分類			
					暴	反	不	金
2001	2	真城病院	大阪	看護師がゴルフクラブで頭を殴るなど暴行	暴			
	3	新門司病院	福岡	務長が患者の金や市の補助金など9500万円着服				金
	8	中間保養院	福岡	職員水増し、不正受給、超過収容				不
	8	箕面ヶ丘病院	大阪	職員水増し、違法拘束、外出制限、電話妨害		反		不
	12	井之頭病院	東京	保護室で抑留中の男性患者が窒息死				
	12	県立病院静和荘	山口	女性患者の不審死届けず。両親の面会を半年拒否		反		
2002	1	豊明栄病院	愛知	男性入院患者が何者かに扼殺。違法な院内作業	使			
	4	浜黒崎野村病院	富山	指定医の診察なく隔離、カルテ改ざん		反		
	7	和歌浦病院	和歌山	看護助手が男性患者を殴打して死なせる	暴			
	10	県立会津総合病院	福島	保護室に複数収容、電話面会制限、不正請求		反		
	12	上妻病院	東京	任意入院の女性患者の退院を不当に拒否		反		
2003	4	松口病院	福岡	任意患者の退院拒否、電話制限、違法拘束		反		
	5	三生会病院	山梨	心臓に持病の男性患者に電気ショック療法、死亡				
	8	福島松ヶ丘病院	福島	作業名目で清掃作業、違法拘束、超過収容	使	反		
	12	岐阜県の6病院	岐阜	入院患者に掃除や配膳などの院内作業、県も容認	使			
2004	6	海辺の杜ホスピタル	高知	准看護師が入院患者8人の預金643万円を引き出す				金
	10	土屋病院	山形	無資格の理事長や職員らが4年間、薬を調合		反		
	11	西熊谷病院	埼玉	職員が女性患者に暴行、男性患者の窒息死届けず、不正請求	暴			不
2005	2	長崎県の病院	長崎	看護師を患者への暴行容疑で逮捕	暴			
	7	行橋厚生病院	福岡	看護師2人が入院中の小5男児を殴って負傷させる	暴			
	12	市立函館病院	北海道	精神保健福祉士が患者の金30万円を盗む。本人否認で釈放				金
2006	1	瀬戸内市の病院(療院)	岡山	不当な漫然長期入院・使役労働。弁護士会が人権救済勧告	使	反		
	4	都南病院	岩手	元通院患者の女性に医師が睡眠薬を飲ませ、準強姦で逮捕、有罪	性			
	6	本館病院	岩手	女性患者が預けた預金通帳と印鑑で事務職員が890万円を着服				金
	7	埼玉江南病院	埼玉	准看護師が患者に暴行・負傷。法務局が勧告。傷害で略式命令	暴			
	8	岩倉病院	京都	患者の金数百万円が不明。女性看護師長が30万円返還				金
2006	9	国立・武蔵病院	東京	准看護師が患者のキャッシュカードを盗んで316万円を引き出し、逮捕				金
	10	国立・国府台病院	千葉	入院費など計約436万円を着服した係長が着服、懲戒免職				金
	10	国立・賀茂精神医療セ	広島	看護師が入院患者8人の預かり金の計78万余円を着服、懲戒免職				金
	11	国立・国府台病院	千葉	PTSDの女性患者を男性医師が殴る。民事判決で認定	暴			

2007	2	東松山病院	埼玉	職員水増しで不正請求。男性看護助手が患者に暴力	暴		不	
	5	宮城県精神医療セ	宮城	看護師が患者2人の預金312万円を着服、懲戒免職			金	
	7	松山記念病院	愛媛	患者13人からの預かり金975万円を男性職員が着服、懲戒解雇			金	
	12	武蔵野病院	群馬	男性看護師が男性患者の頭をけり、死なす。傷害致死で逮捕。以前から暴行	暴			
2008	8	米子病院	鳥取	男性入院患者の顔を殴ったとして看護助手を暴行容疑で書類送検(起訴猶予)	暴			
	11	しのだの森ホスピタル	千葉	男性入院患者の腕をねじ上げ、骨折させたとして看護師を傷害容疑で逮捕、1審実刑判決	暴			
	12	貝塚中央病院	大阪	違法拘束中の男性患者が重体、転院先で死亡。理事長らがカルテ改ざん		反		
2009	3	青葉丘病院	大阪	男性患者が保護室内で3月に不審死(外傷性の腸管破裂)	暴			
2010	9	倉敷森下病院	岡山	カルテに入院理由の記載なし、任意入院患者に外出許可願などで改善命令。11年2月に入院制限命令。6800万円の診療報酬不正受給で返還要請		反	不	
	10	山形県の9病院	山形	日常生活サービス費用を、使途が不明確な名目や同意書なしで徴収		反	金	
2011	8	桜ヶ丘病院	石川	女性事務職員が患者37人の口座などから約1億8千万円を着服。10月逮捕			金	
	12	宇城市の精神科病院	熊本県	看護師が入院女性に強制わいせつ容疑、書類送検	性			
	12	岡崎医療刑務所	愛知	看守部長が受刑者に暴行、戒告処分	暴			
2012	1	栃木県立岡本台病院	栃木	看護師が患者4人に頼まれた買い物のお釣り39万円を着服。停職処分			金	
	3	新潟県立精神医療セ	新潟	男性患者が胸を骨折。第三者委の調査で看護師8人が暴力をふるった可能性。県が告発。容疑者不詳で書類送検	暴			
	7	成田病院	千葉	入院患者38人の預け金計約270万円を男性看護師が着服、懲戒解雇			金	
	10	さわ病院	大阪	認知症の男性患者が布団にくるまれ窒息死。看護師を解雇、逮捕。逮捕監禁致死容疑で起訴	暴			
2013	5	西毛病院	群馬	入院患者が殴られ死亡。看護助手の男を傷害致死容疑で逮捕・起訴。初公判で事実認める	暴			
	6	虹と海のホスピタル	佐賀	男性准看護師が入院患者の預金を33万円着服			金	
	10	光ヶ丘保養園	宮城	看護師7人を業務上過失致死容疑で書類送検。男性患者(86)に水分補給などをする際、手足を押さえつけて腰椎を脱臼骨折させ、出血性ショックで死亡させた疑い	暴			
2014	3	都立松沢病院	東京	50歳代の男性看護師が、入院患者4人以上の顔をたたくなど暴力。「死ね」など暴言も。都が発表	暴			
	8	肥前精神医療センター	佐賀	入院患者の女性に暴行し、肋骨を折ったとして看護師の男を傷害容疑で逮捕(釈放、起訴猶予)	暴			
	8	秋津鴻池病院	奈良	女性職員が患者から預かった1406万円を着服。懲戒解雇			金	
	12	亀田北病院	北海道	女性事務職員が患者からの預かり金約2800万円を着服、懲戒免職			金	
2015	6	石郷岡病院	千葉	看護師が保護室の患者の頭を踏みつける映像。准看護師2人を傷害致死容疑で逮捕、起訴。虐待が日常的だった疑い	暴			
	9	栗田病院	長野	10代女性患者の体を触ったとして精神科医を準強制わいせつ容疑で逮捕、起訴。医師は無罪主張	性			
	9	新潟県立精神医療センター	新潟	30代男性看護師が入院患者の男性を殴り、けが。停職処分、傷害容疑で書類送検	暴			
2017	1	清水診療所	京都	精神科医が患者の個人情報で住基カード、旅券を不正取得。交通違反で署名。訪問看護費約650万円を詐取。事実を認め、1審有罪		反	不	
	7	大和病院	神奈川	身体拘束されていたニュージーランド人男性が心肺停止。転院先で死亡				

入院患者の処遇ルール

種類	原則	判断者	理由などの告知	条件など
信書	★手紙などの発信・受信は絶対に制限できない			刃物・薬物が同封されている時は患者に開封してもらって取り除く
電話	基本的に自由。閉鎖病棟内を含め、公衆電話を自由に利用できる場所に置く。退院請求先や人権擁護機関の番号を見やすい場所に掲示する	医師（主治医が原則）	患者と家族等に知らせる	★都道府県・政令市・法務局など人権擁護に関する行政機関の職員との電話・面会は、絶対に制限できない
面会	基本的に自由。職員の立ち会いなしで面会できる。入院直後の一律面会禁止は許されない			★患者の代理人である弁護士との電話・面会、代理人になろうとする弁護士との面会は、絶対に制限できない
外出	任意入院患者は原則として、病院外まで自由に外出できる（夜間を除く）			患者に文書で説明
隔離	本人か周囲への危険を防ぐため、やむをえない場合に限る	12時間以内	患者に知らせる	定期的な会話などで注意深く観察。毎日1回以上の医師の診察。適切な医療、衛生の確保。複数患者の同室は禁止
		12時間超		
身体拘束	本人の生命保護・身体損傷の防止のため、やむをえない場合に限る			

★は、制限の絶対禁止事項

◇どの行動制限も、必要最小限度にとどめる

◇制限の開始・解除の日時、理由、医師名をカルテに必ず記録する

◇本人希望による閉鎖処遇・隔離は、本人の書面が必要

◇制裁・懲罰・見せしめなどの目的は許されない

【隔離の対象になりうる場合】 以下のいずれかにあたり、ほかに、よい代替方法がないとき

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

【身体拘束の対象になりうる場合】 以下のいずれかにあたり、ほかに、よい代替方法がないとき

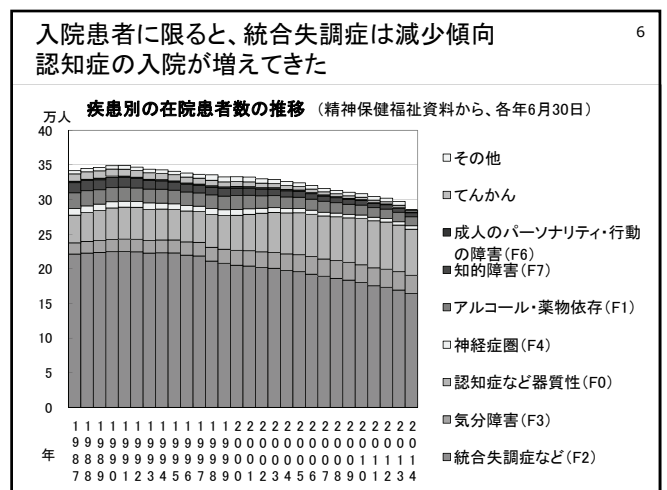
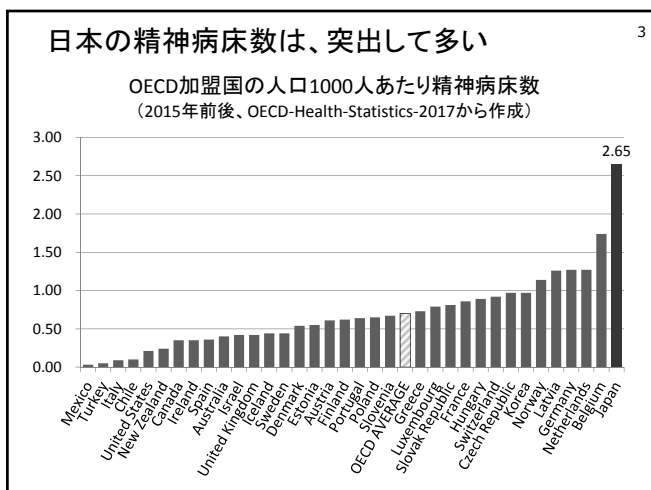
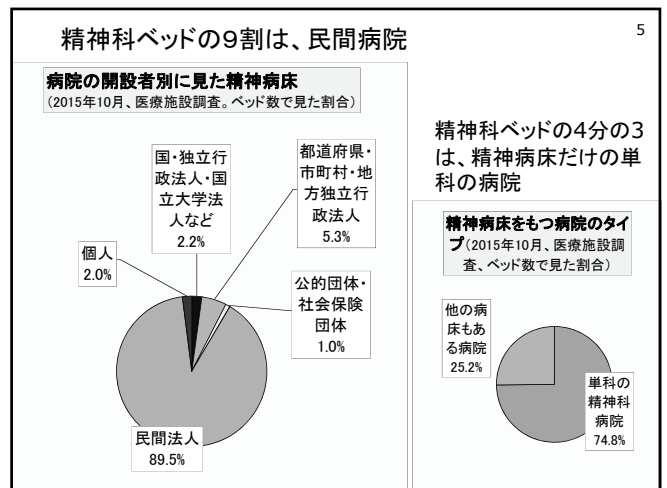
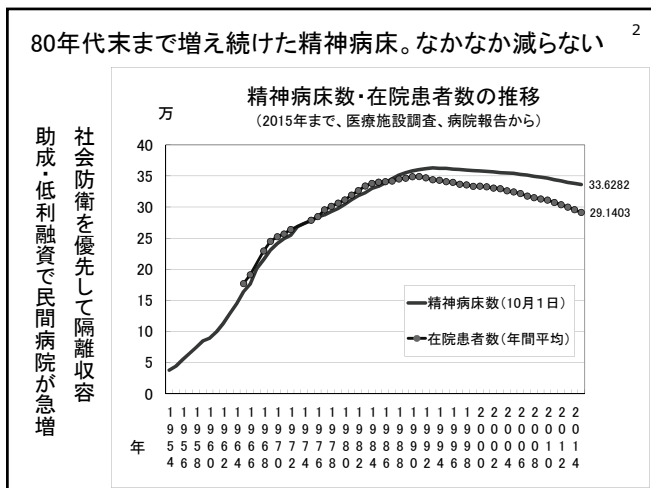
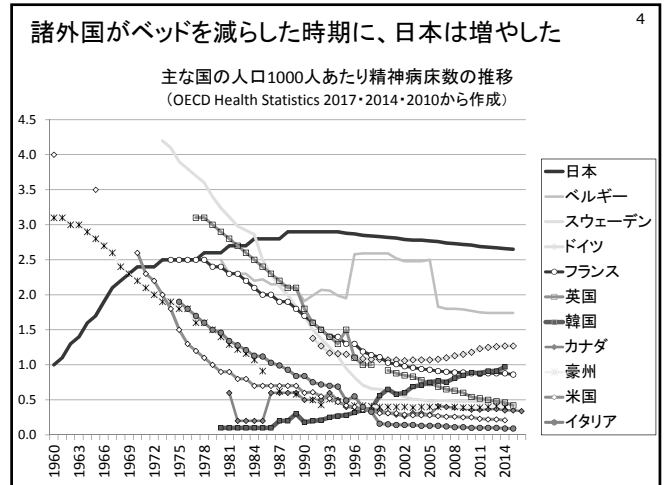
- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- イ 多動又は不穏が顕著である場合
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

1

【グラフで見る】

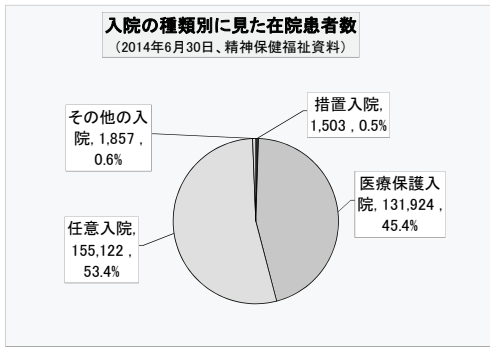
日本の精神医療福祉は、 どこがヘンか？

(原昌平)



在院患者の半分近くが強制入院

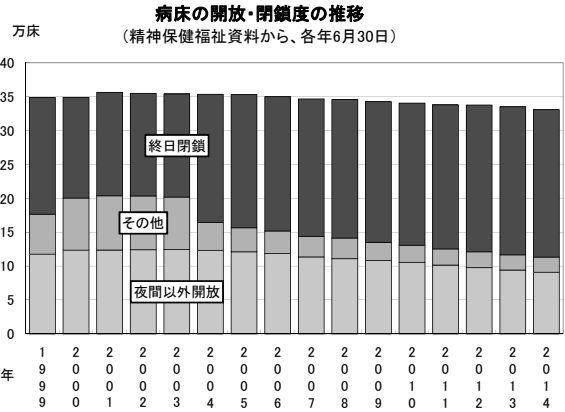
7



その他の入院=緊急措置入院、応急入院、医療観察法による入院など

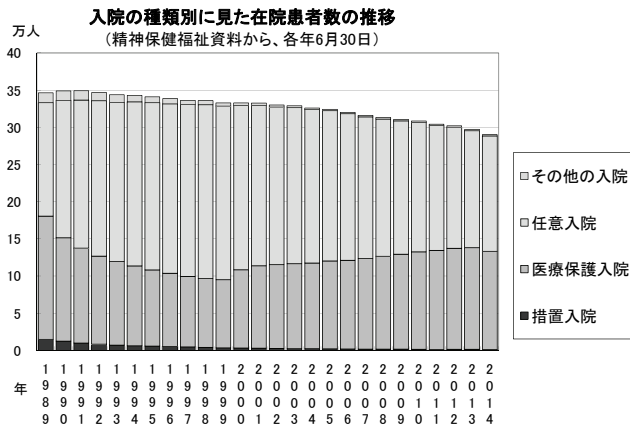
開放病棟が減って、閉鎖病棟が増えてきた

10



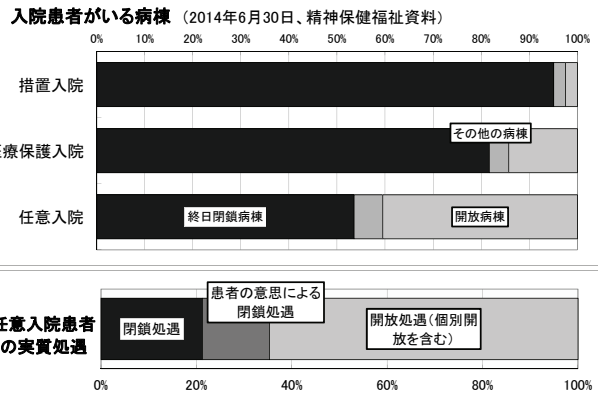
任意入院が減って、医療保護入院が増え続けた

8



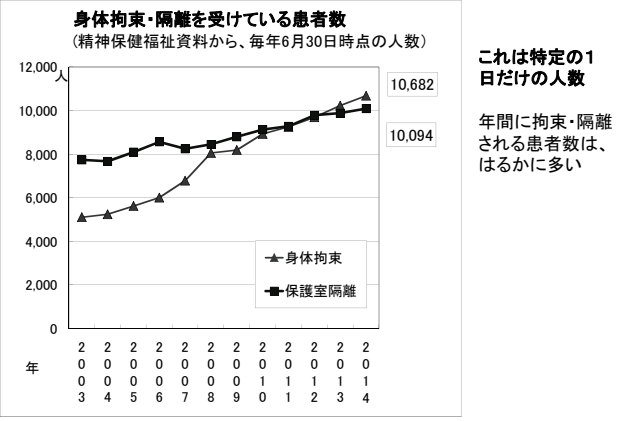
任意入院患者は原則開放なのに、54%が閉鎖病棟にいる 実質処遇で見ても、35%が閉鎖処遇を受けている

11



身体拘束、保護室隔離がどんどん増えてきた

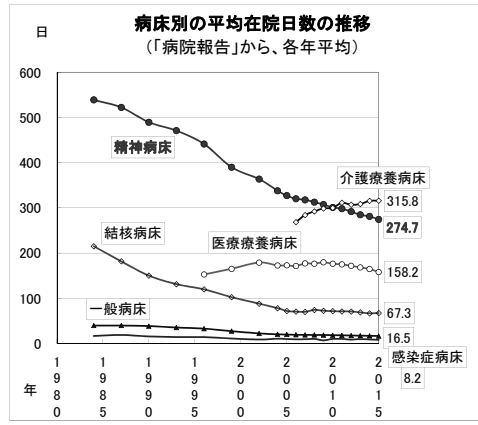
9



これは特定の1日だけの人数
年間に拘束・隔離される患者数は、はるかに多い

精神科の平均在院日数はまだ、ずいぶん長い

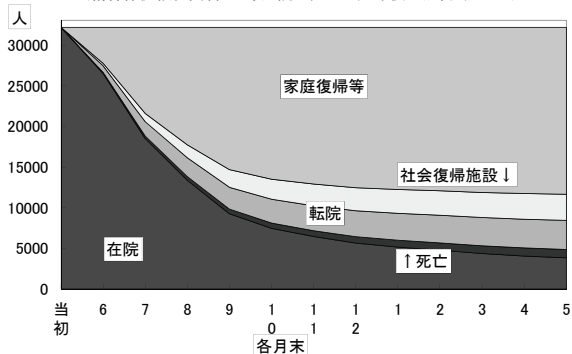
12



入院が3か月を超えたら、退院しにくくなる

13

2013年6月に入院した患者の1年間の動向
(精神保健福祉資料から。入院32,178人、1年後の残留3,842人)

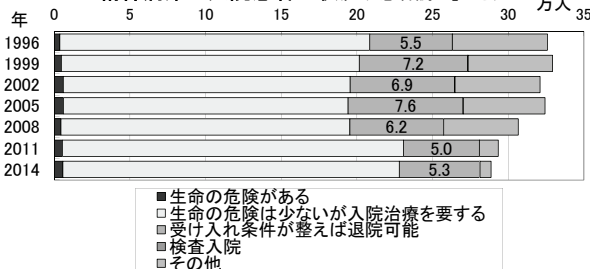


主治医の判断でも、社会的入院が、まだ5万人以上

16

- ◇新障害者プラン（2002年12月閣議決定、03～12年度）
「入院医療中心から地域生活中心へ転換」
- ◇重点施策実施5か年計画（内閣府2002年12月発表）
「精神科の社会的入院7万2000人を10年で解消」
- ◇精神保健福祉の改革ビジョン(2004年9月)でも、解消を強調したが...

精神病床の入院患者の状況(「患者調査」から)

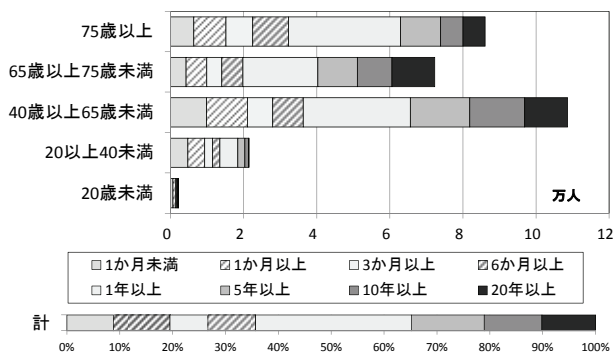


1年以上の長期入院患者が64%、5年以上の患者は35%

14

在院患者の年齢層と在院期間(1)

(2014年6月30日、精神保健福祉資料から)

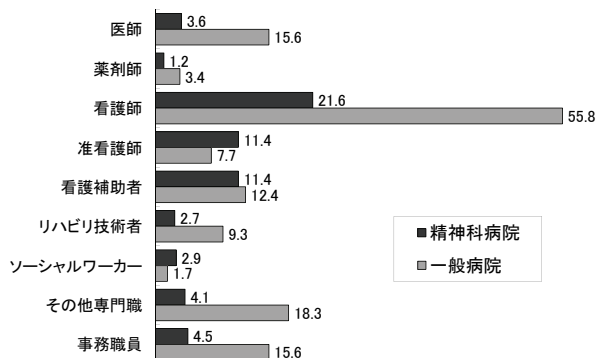


精神科病院は、医師・看護師の配置が手薄である

17

100床あたりの病院のスタッフ数の比較

2015年10月時点、「病院報告」から。人数は医師は実数、それ以外は常勤換算

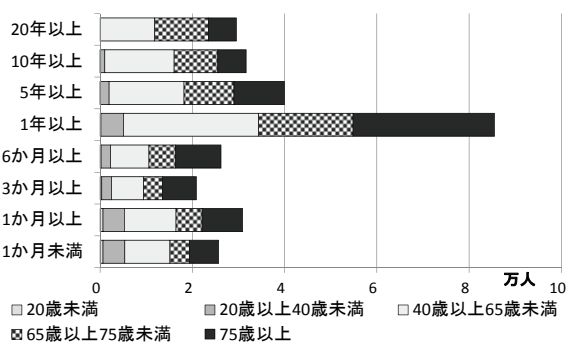


とはいえ、短期でも長期でも高齢者は半分ぐらい

15

在院患者の年齢層と在院期間(2)

(2014年6月30日、精神保健福祉資料から)

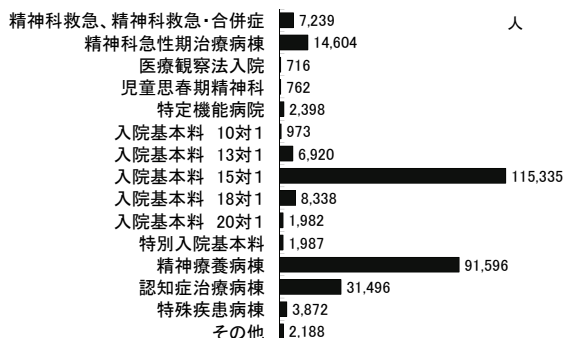


大多数の患者は、15対1の病棟か、精神療養病棟にいる

18

診療報酬別上の入院料区分で見た在院患者数

(2014年6月30日、精神保健福祉資料から)



～入院中の精神障害者の権利に関する宣言～

- 1 常にどのようなときでも、個人として、その人格を尊重される権利 暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利
- 2 自分が受ける治療について、分かりやすい説明を理解できるまで受ける権利 自分が受けている治療について知る権利
- 3 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利 不適切な治療及び対応を拒む権利
- 4 退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利
- 5 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利 また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
- 6 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利 必要な補助者（通訳、点字等）をつけて説明を受ける権利
- 7 できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利
- 8 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
- 9 通信・面会を自由に行える権利
- 10 退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利 これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利 また、これらの請求や申立てをしたことによって不利に扱われない権利

大阪府精神保健福祉審議会 2000年5月19日

大阪では、精神科の大和川病院を含む安田系3病院の患者虐待、劣悪医療、巨額不正が1997年に大きく報道されて社会問題になり、関係者に大きな衝撃を与えた。大阪府は、病院への指導監督の甘さを反省する文書をまとめた（1998年）。大和川病院の実態追及で大きな役割を果たした大阪精神医療人権センターは、1998年から府内の精神科病院の協力を得ながら「ぶらり訪問」の活動を始めた。

大阪府精神保健福祉審議会は、似たような問題を繰り返さないため、2000年5月に知事へ意見具申した。その中で、第三者機関による権利擁護システムの構築を求めるとともに、「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」を打ち出した。また大阪府は2000年から社会的入院の解消に向け、全国に先駆けて退院促進事業を始めた。その中には、入院経験者による支援（ピアサポート）も組み込んだ。ところが2001年には箕面ヶ丘病院で、違法な身体拘束を長期間続けるなど深刻な人権侵害が発覚した。

そこで大阪府は、2003年度から「精神医療オンブズマン制度」を導入した。全国で初めての公的な権利擁護制度である。事業委託を受けた大阪精神医療人権センターが実務の中心になり、そのメンバーや研修を受けたボランティア（入院経験者や専門職を含む）が、府内の精神科病院の閉鎖病棟まで訪れ、療養環境を見ながら、患者の話を聞く。病院側に意見や患者の声を伝え、改善に役立てる。大阪精神科病院協会を含めた精神保健福祉関係の行政・関係機関・団体が構成する「大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会」の場で、病院訪問のレポートを報告する。病院側の見解を併記したうえで公表しており、病院の実情を情報公開する意味もある。緊急性のある人権侵害事案があれば、協議会の場で話し合い、関係する機関・団体が必要な対応に動く。

ところが病院訪問が2巡した後の2008年4月、当時の橋下徹知事が財政再建のために事業予算の廃止を打ち出した。大阪精神科病院協会を含む関係団体は存続を希望し、府議会では事業存続の請願が全会一致で採択されたが、知事は委託費を全面廃止した。それでも2009年度からは「療養環境サポーター制度」と改称し、訪問する病院数を年間10か所程度に規模を縮小しつつ、活動を継続している。

院内シンポジウム「精神科病院に入院中の人々のための権利擁護の実現に向けて～日精協によるアドボケーターガイドラインはあかん！！！」

大阪精神医療人権センターによる 権利擁護活動を全国へ

認定NPO法人大阪精神医療人権センター
共同代表 位田 浩(弁護士)

2018年2月7日

1

日本の精神医療の現状

- ①入院者数が多い 290,406人
- ②身体的自由を剥奪されている
医療保護入院 131,924人(45.4%)
任意入院 155,122人(53.5%)
任意入院のうち終日閉鎖病棟83,034人
- ③長期入院 1年以上が186,675人(64.2%)
5年以上が101,169人(34.8%)
精神保健福祉資料(2014年6月30日現在)

4

大阪精神医療人権センターの沿革

- 1985年11月 設立(密室内の人権侵害に対する救済活動を展開する)
- 1993年 2月 大和川病院事件の始まり
- 1997年～ 大阪府精神保健福祉審議会に参加
- 1999年 4月 NPO法人化(2010年に認定NPOの認証取得)
- 2003年 4月 精神障害者権利擁護連絡協議会のもとで
精神医療オンブズマン制度の開始
- 2009年 6月 精神科医療機関療養環境検討協議会のもとで
療養環境サポーター制度の開始

2

日本の精神医療の現状

- ④行動制限が増えている
身体的拘束を受けている入院者は10年で2倍
2003年 5,109人
↓
2014年 10,673人
精神保健福祉資料(2014年6月30日現在)
- ⑤精神科病院の入院者は人身の自由と権利を剥奪されている

5

大阪精神医療人権センターの目的

精神医療および社会生活における精神障害者の人権を擁護する活動を行うとともに、それを通じて精神障害者に対する社会の理解を促進し、障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる社会に一歩でも前進させるべく貢献すること(定款第3条)。

3

権利侵害を生み出す要因

- ①強制入院(措置入院・医療保護入院)や行動制限の要件があいまいで緩やかに運用されている。
- ②精神医療審査会の事後的チェックが機能していない。
- ③入院者による退院請求などが実践されていない。
- ④閉鎖的で外部からのチェックが入りにくい。

6

大阪精神医療人権センターの主な活動

①声をきく(個別相談活動)

入院者から電話・手紙・面会による相談を受け、退院請求や処遇改善請求の支援をする。

②扉をひらく(病院訪問・情報公開活動)

精神科病院を訪問して入院者から聞き取り等を行い、病棟の療養環境の改善を求め。

③社会をかえる(啓発・広報・研究活動)

ニュース発行、講演会や政策提言等を行い、精神障害者の権利についての社会の理解を高める。

7

①電話等による個別相談活動

《電話等による相談の内容》 2016年度

- ・「退院したい」、「退院させたい」、「面会に来てほしい」
- ・「医師の対応が冷たい」、「薬の内容に不安、詳しい説明が欲しい」、「いつ退院できるか説明がない」、「職員から暴行を受けた」、「職員から言葉の暴力を受けた」
- ・「小遣いが自分でもてない。どのように管理されているかわからない」
- ・「散歩・外出が自由にできない」等

10

①個別相談活動

・精神障害者に対する人権侵害を未然に防止し、侵害が行われた場合には迅速に救済活動を行う必要があることから、電話や投書・FAX・メール、面会による相談事業を行っている。電話相談については、毎週水曜日午後2時～5時を中心に週2回以上、主に精神科病院に入院中の方を対象に実施している。

・代理人活動が必要な場合は会員弁護士や大阪弁護士会を紹介して退院請求などにつなげる。

・2016年度は、個別相談活動を充実させるために、個別相談ボランティア養成講座を開催した。

8

①面会による個別相談活動

	2017年度 (2018年1月末現在)	2016年度	2015年度	2014年度
面会者数	75名 (新規17名)	38名 (新規16名)	13名	5名
病院数	14病院	12病院	10病院	4病院

11

①電話等による個別相談活動

	2016年度	2015年度	2014年度
①電話	830件	679件	750件
②投書	36件	30件	52件
③FAX	2件	5件	4件
④メール	4件	6件	6件
合計	872件	720件	812件

9

①面会による個別相談活動

《面会活動における相談内容》 2016年度

- ・退院したい26件、外出したい1件、私物管理について1件、治療や退院について説明をしてほしい1件、その他9件

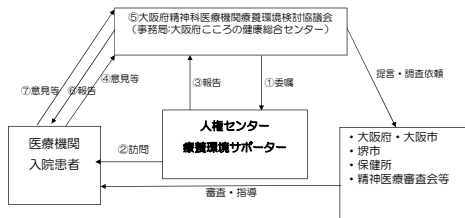
《相談者について》

- ・性別 男性20名、女性18名
- ・入院形態 任意入院4名・医療保護入院29名・不明5名
- ・病棟 開放病棟4名・閉鎖病棟34名

12

②療養環境サポーターによる病院訪問活動

* 大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会制度のしくみ



13

②療養環境サポーターによる病院訪問活動

- ・ 2016年度は12病院への訪問活動を実施した。
- ・ 訪問した多くの病院は、すぐに対応できそうな事項については検討・改善を約束し、短期間のうちに改善した旨の回答をくれる。また、長期的に検討を要する事項については、療養環境サポーターの意見を考慮するという姿勢を示している。
- ・ 療養環境サポーターは病院訪問活動で出会う入院者に対し、地域の福祉施策の情報提供も行っており、病院の外から病棟内への情報伝達の機能も担っている。
- ・ 療養環境サポーターの病院訪問活動の報告は、人権センターニュースや冊子「扉よひらけ」に掲載する。
- ・ 人権センターは療養環境サポーターの養成講座を行っている。

16

②検討協議会の構成員

- ・ 大阪精神科病院協会
- ・ 大阪精神科診療所協会
- ・ 日本精神科看護技術協会大阪府支部
- ・ 大阪精神保健福祉士協会
- ・ 大阪弁護士会(高齢者・障害者総合支援センター)
- ・ 大阪精神医療人権センター
- ・ 大阪精神障害者連絡会
- ・ 大阪府精神障害者家族会連合会
- ・ 大阪府社会福祉協議会(大阪後見支援センター)
- ・ 大阪府保健所長会、大阪府・堺市・大阪市
- ・ 学識経験者 (事務局)大阪府こころの健康総合センター

14

②病院訪問活動による改善例

- ・ ベッド周りにカーテンがついた。廊下からベッドにいるところを見られたりしなくなった。
- ・ 公衆電話の設置場所にパーテーションを設けて、外部から見られたり、職員に話を聞かれたりしなくなった。
- ・ 社会資源の情報や医療福祉相談室のお知らせが病棟内に置かれるようになった。
- ・ 金銭管理に関する説明書を入院者に渡し、小遣いの使用状況の明細書を交付するようになった。
- ・ 古い病棟の病室の窓の鉄格子を撤去した。

17

②療養環境サポーターによる病院訪問活動の流れ

- 1 当事者、医療・福祉従事者、弁護士らが「療養環境サポーター」として精神科病棟を訪問し、療養環境を視察するとともに、利用者(入院者)の声を聞いたり情報提供等を行う。病院側と意見交換をする。
- 2 病院訪問の結果をまとめて報告書を作成し、検討協議会事務局に提出する。事務局がこれを当該病院に送付して意見や弁明等を求める。
- 3 検討協議会は2ヶ月に1回開催される。報告書とそれに対する病院からの意見等をもとに検討を行い、その検討結果をあらためて病院に送付し、問題点の改善等を求める。

15

③啓発・広報・研究活動

- ・ 人権センターニュースの発行 隔月
- ・ 講演会やシンポジウムの開催 毎年5月と11月
- ・ 政策提言や意見表明
- ・ 権利擁護システムの研究

18

アドボケーターガイドラインとの違い

《目的》

- アドボケーターは、入院者にとって入院生活の困りごとの相談相手で、入院者が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援をする。
- 人権センターの権利擁護活動は、強制入院や行動制限による権利侵害を未然に防止するとともに、入院者が自由や権利を制限ないし侵害されたときにこれを回復するための権利行使を支援する。

19

大阪精神医療人権センターの活動を全国へ

人権センターの活動は、①個別相談活動により病院による権利侵害からの救済等を図ること、②病院訪問活動により療養環境を改善することを通じて入院者の権利侵害の防止等を図ること、③啓発・広報・研究活動により精神障害者の権利に関する社会の理解を高めることで、精神障害者の権利を実現していこうとするものである(アドボカシー)。

入院中の精神障害者の権利擁護活動は全国において実施されるべきものであり、人権センターが大阪で行っているような活動が全国で取り組まれることを提言したい。

22

アドボケーターガイドラインとの違い

《活動内容》

- アドボケーターは、入院者の直接的支援はしない。入院継続を前提に、入院者の不安・不満・心配事を聴いて、その内容を病院側に伝える。
- 人権センターの権利擁護活動は、入院者が退院や処遇改善に向けて力をつけること(エンパワメント)を支援し、病院側へ働きかける。入院者から聞いた内容を本人の了解なしに病院に伝えることはない。また、病院の療養環境についても改善を求める。

20

アドボケーターガイドラインとの違い

《活動主体の独立性》

- アドボケーターが訪問した際の実施方法については病院側の指示に従い、アドボケーター活動報告書を病院側に提出する。病院からの独立性が確保されていない。
- 人権センターの権利擁護活動は、病院から独立した第三者として、病院による権利侵害に対して救済活動を行ったり病院の療養環境の改善を求めたりする。

21

精神科病棟での「虐待」

M

① アルコール病棟での虐待

このアルコール病棟の怖い虐待は、忘れもしない事です。病室が、空いていなかったのも、アルコール依存病棟の虐待の事です。2週間点滴をするので、3カ所も「拘束」をさせられました。動く事も出来ず、「毎日オムツ交換」＋「入浴の虐待」でした。私は、「女性の患者」です。けれどもアルコール依存病棟なので、女性スタッフより男性スタッフが多かったです。2週間毎日の様に、「虐待」でした。「おむつ交換」。「くさい」とか、五人の男性スタッフが、「俺にもやらせろ」と性的虐待を受けました。「おむつ交換」の時間が、「2時間30分」もかかりました。女性医師や女性スタッフを、入院してから一度も見た事がなかった。「おむつ交換」が終わると、次は「浣腸」^{かんちょう}でした。いかにも 体を「実験」をさせられ、おまけに「遊ばれる毎日」で、辛かったです。入浴の時も、「5人の男性スタッフ」に裸にされ、胸を触^{さわ}れたり、なめられたり、辛かったです。さすがに私もキレました。大きな声で、ベッドの中で、「早く退院をさせろ」と言うと、男性医師が、「煩い」^{うるさ}「他の患者にめいわくだ」とどなられました。私を拘束している男性医師が、私の首を少しつかんで、足でベッドをけつとばし、ギシギシと動き、怖かったです。忘れることができません。

② 保護室の時の「虐待」

私が15歳で初めて入院させられた千葉県の病院での「虐待」の事です。25年間の入院でした。その時も 大変怖わかった。冬の際は「暖房」を入れてくれるスタッフと入れてくれない方がいました。暖房を朝6時頃に入れて、消すのが夜の8時30分頃で、「とても暑くて暑くて辛い。「のど」が乾いてもお水もなく、逆に早く、暖房を消してほしい」と思いました。掛ける布団が一枚で、とても薄く、顔・手・足が冷めたくなりました。一般の部屋は廊下もあたたかで、一般の患者は良いな〜と思って、生きている事が、「イヤ」に感じました。逆に夏は、一度も「クーラー」が入る事もなく、保護室はとても「寂しく」^{さみ}ものすごく「むし暑い所」でした。保護室は、とて

も、「差別」をされます。スタッフは、食事の時、薬の時、トイレも良く流してくれない。何も出来なかったです。他の部屋は楽しそうで、「笑い声」が聞こえたり、「カラオケ」の曲が聞こえたり、とても楽しそうに感じられました。生理の時は、1日「ナプキン」を3個しかくれない。水は、食事の時 食器の「ドンブリ」に、1日、3回しかくれないでした。飲むのは、残して少しずつ飲むしかなかった。本当は、「のど」が乾いた時ぐらいいは、一気に沢山飲みたかった。時計もなく、聞こえる事と言うと一般の放送と患者の声とかすかなTVの音しかなく、診察も皆んなと同じでない、週に1度、薬が沢山で、とても「苦い」 私は、「ストレス」で沢山食べて、40kg～60kg以上に太りました。副作用で眼球じょうてんと足の太股の「ムズムズ」副作用も怖いです。医者に、副作用と聞くと、絶対に、認めません。保護室で、一回でも、スタッフにへんな事など言うと、風呂にも入れてくれない。「あなたの状態が悪い」と、スタッフに言われ、「お風呂もパス」。お風呂に入れる時は、心の中で早く時間にならないかなと楽しく待っていました。保護室は、良い空気ではなく、一般はとても良いにおいがして、お風呂が、僅かの時間でも、それなりに楽しかった。でもまた「保護室」。夜になると、電気を付けるスタッフもいました。保護室は、夜は暗くなります。時間になっても電気を付けてくれないと「怖い」です。部屋の中が見えない、「暗い」 何か？音がすれば、「ビックリする」。結局布団に潜るしかなかったです。

③一般病棟の「虐待」

一般病棟では、スタッフの「えこひいきの事」です。患者が早く起きて、スタッフと一緒に、助手の手伝をすると、「お菓子」をくれたり、ジュースなど貰うために、スタッフに良く見られたいと思いました。患者は悲しいです。スタッフの気分に「動き」、「えこひいき」をさせられない様に何んでも、手伝などをしました。女性スタッフは、「大きい声」でとても「ヒステリック」だった。患者が、「ケンカ」などすると大きい声で、入ってくる。「どうの、こうの」と言って「余計なお世話かい」。スタッフの助手の人が自分の事を、「自慢する。昔の写真を見せ「かわいいでしょう」と言う。カラオケも、スタッフが歌いたいために、している様子でした 食事も、お昼は、スタッフが多いので、大好きな「カレー」、「シチュー」なども又「えこひいき」で、「今日は色々お手伝をしてくれたので、沢山入れてあげるネ！」と言われました。そして、私は食事が出来なくなり、点滴

になり3週間他の患者には、朝は顔を拭くのが決まりで、私だけ毎日「清拭」もしてくれなかったです。辛かったのは、「拘束」でした。私は、手首が細かったので、普通は、「拘束用のひも」なのに、私だけが、「浴衣のひも」でしばられ、手首の色が悪いのに「キツク」しばられ、とても両手が痛たかった。又今度は、忘れられない「拘束」です。夜、医師とスタッフが五人ぐらいで「肩パット」→(足とお腹と手の拘束)両手を挙げておきる事を出来ない様に、まるで「実験台」になり、医師とスタッフが、この拘束は初めてだ！と言って、「あ～じゃない、こうじゃないと言って辛い「虐待」でした。結局時間が「かかり」、3週間両手も上げばなしの「拘束」、3週間になり「点滴」も終り、体も拘束も解放をされ、思ったのは両手を下にすると、痛くてとても、自分なりに、早く良くなりたいので、「いっしょうけんめい」に両腕を「上げる」「下げる」をして、「リハビリ」などして、3週間歩かなかったので、歩行器を使って歩きました。食事も三週間も食べていなかったのご飯は噛めるけれど、のみこむことが出来なく、「スタッフ」の目を盗み、固形物は捨てていました。

自分の書いたのを良く見ると、「虐待」が多かった。とても辛いことでした。今、精神科病院での、「虐待」がなくなるようにしたいと思っています。精神科病棟での「虐待」を終わります。

④その後

私は今から12年前に退院をしました。病院が母を呼び出して、強制退院させたのです。母は今度は私を施設に入れようとして、「愛の手帳」(療育手帳)をとらせました。私は実家に10日ぐらいしかいられませんでした。母とケンカした私はヘルパーさんを頼って、家出をしました。ヘルパーさんや自立生活センターの人たちが応援してくれて、私は生活保護を受けて、アパート単身自立をすることができました。この10年間、休息入院すらしていません。お陰様で今は幸せです。

ご清聴ありがとうございました。

2017年11月18日

意見書

～精神科病院に入院中の人々のための権利擁護システムの構築を求め、
日本精神科病院協会によるアドボケーターガイドラインに反対する～

認定NPO大阪精神医療人権センター

(要約)

日本の精神科病院は、世界的にみても入院者数がきわめて多い。半数近くが強制入院であり、任意入院者も多くが閉鎖処遇を受け、長期入院を強いられている。身体拘束・隔離などの行動制限も近年大幅に増加しているなど、精神科病院の入院者の自由と人権は著しく制限されている。この深刻な状況を解消するには、人権侵害に対する救済を目的とする権利擁護システムが不可欠であり、とくに精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）による権利擁護活動を実施することが早急に必要である。

2013年の精神保健福祉法改正では、代弁者制度を含む権利擁護システムの導入が見送られ、法施行3年後の検討事項は「権利擁護」ではなく、「意思決定及び意思の表明についての支援」とされた。その後、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業の一環として、日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」がまとめられた。

「アドボケーターガイドライン」は、人権侵害に対する救済を目的とせず、本人に治療を受けさせることを目的としている。「アドボケーター」は、入院者への直接的な支援が禁止される一方、精神科病院に対する報告義務を負い、また、実施条件・方法が医療機関の裁量に委ねられるなど、精神科病院の管理下でしか活動できない。この制度が導入されると、「アドボケーター」という名称で権利擁護システムが導入されたかのような誤った印象を与え、本来求められるべき権利擁護システムの導入に向けての議論を阻害することになり、その導入による弊害は極めて大きい。

ところが、厚生労働省は「意思決定支援等を行う者に対する研修の実施」のために2018年度予算を要求しており、日本精神科病院協会によるアドボケーター制度の導入に向けた研修を行おうとしている。

当センターは、精神科病院から独立した第三者として、精神科病院に入院中の方への面会活動や精神科病院への訪問活動による権利擁護活動を実践するとともに、精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）による権利擁護システムの構築を求めてきた。私たちは、アドボケーターガイドラインの導入やこれを前提とする研修の実施に強く反対するとともに、人権侵害の救済を目的とした権利擁護活動の実施・拡充に向け、多くの市民が参加できる体制を作り、精神障害者の権利擁護活動に関心のある団体と連携・協力しながら、権利擁護システムの一翼を担っていく所存である。

(目次)

- 第1 精神科病院に入院中の人々の人権が保障されていないこと
- 第2 権利擁護者を含む権利擁護システムが必要な理由
- 第3 権利擁護システムに関する議論の経緯
- 第4 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」の問題点
- 第5 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づく「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」の問題点
- 第6 本来求められるべき権利擁護システムの実現に向けて

第1 精神科病院に入院中の人々の人権が保障されていないこと

- 1 日本の精神科病院は、世界の精神科病床の5分の1を占めていると言われ、精神保健福祉資料（2014年6月30日時点）によれば、今でも29万人が入院し、そのうち13.3万人（46%）が措置入院及び医療保護入院として本人の意思に反する強制入院である。強制入院者のうち8.3万人（63%）が1年以上、4.2万人（31%）が5年以上の長期入院を強いられている。

また、任意入院者15.5万人のうち、10.2万人（66%）が1年以上、5.9万人（38%）が5年以上の長期入院となっている。任意入院であるにもかかわらず、終日閉鎖病棟に8.3万人（54%）が入院している。任意といっても自由に病棟から出ることができず、精神科病院の密室性・閉鎖性は解消されていない。

さらに、身体拘束・隔離、面会・通信の制限、外出制限等の行動制限が広く行われている。身体拘束については、わずか1日の調査日だけで約1万人が身体拘束され、10年前と比べて2倍を超える人数となっており、隔離とともに増え続けている。しかも、生命・身体に対する安全対策が十分に整備されないまま安易な身体拘束が行われ、死亡事故も複数発生している。

- 2 入院者の自由や権利が著しく制限されている日本の精神科医療は、非常に深刻な状況にある。宇都宮病院事件（栃木県）や大和川病院事件（大阪府）は過去の事件ではない。入院者に対する人権侵害を防止し、権利救済を図るための権利擁護システムを早急に構築する必要がある。

第2 権利擁護者を含む権利擁護システムが必要な理由

- 1 この深刻な状況を生み出している原因の一つとして、精神保健福祉法上の強制入院や行動制限の要件が曖昧で、かつ、現場では緩やかに解釈されてしまっているという実態がある。

また、医療保護入院や身体拘束・隔離がたった1名の精神保健指定医の判断により行われる一方で、精神医療審査会による事後的なチェックがほとんど機能していないことも原因である。

例えば、定期病状報告の審査は病院から一方的に提出される書面審査のみで、2016（平成28）年度の衛生行政報告例によれば、定期病状報告等275,952件の審査のうち、他の入院形態への移行が適当とされた件数は17件（0.006%）、入院継続不要とされた件数は6件（0.002%）となっており、権利擁護機関として、その責任を果たすことができていない。

また、2016（平成28）年度の衛生行政報告例によると、退院請求や処遇改善請求は同年度で合計4400件であり、2016年の平均在院入院者数28.9万人（2016（平成28）年病院報告による）を分母とすると、わずか1.5%の入院者しか利用しておらず、権利告知や権利行使の支援が十分にされていないことが明らかである。

2 これらの原因を解決し、精神科病院に入院している人々の人権を保障するためには、医療保護入院制度の廃止を含む強制入院制度の抜本的見直しを行うとともに、精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）が入院者の立場に立ち、入院者の有している権利を伝え、その権利行使を支援するための権利擁護システムが必要である。

3 入院者が権利擁護者を選任する権利があることは国際的にも認められている。

1991年12月に国際連合が全会一致で採択した「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」は、権利擁護者を無償で選任できる権利を保障することを要求している。

また、日本も批准している障害者権利条約は、恣意的に自由を奪われない（14条1項（b））ことが保障されるため、精神障害を理由として強制入院を行うことが否定されるとともに、仮に自由を奪われるような事態が生じた場合には、国際人権法による保障や障害者権利条約の趣旨原則に照らした手続的保障が必要であり

（14条2項）、精神科病院に入院する人々のために権利擁護者を含む権利擁護システムの整備が要求されている。

さらに、障害者権利条約は、完全なるインフォームドコンセント（25条（d））を求めており、インフォームドコンセントが形骸化している日本の精神科医療では、権利擁護者による権利擁護活動は、医療の進め方の適正化の観点からも重要となる。

第3 権利擁護システムに関する議論の経緯

1 2012年6月8日の新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームのとりまとめは、「本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か」と述べて医療保護入院の課題を指摘し、その見直しとして「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べることとする」という結論を公表した。

精神科病院に入院する人々の人権が保障されていない現状では、人権侵害に対する救済手段として、「代弁者」制度を含む権利擁護システムを導入することは当然の帰結であった。

- 2 しかしながら、2013年の精神保健福祉法改正では、保護者制度が廃止されたものの、代弁者制度の導入が見送られた上、改正法の施行3年後の検討事項として、「権利擁護者制度の導入」ではなく、「意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」にすり替えられてしまうことになった。

入院者の意思決定や意思表示に対する支援が必要であることは否定しない。しかし、精神科病院では、強制的な権限に基づき強制入院や行動制限が行われ、入院者自らにおいて最終的に意思決定することが保障されておらず、人権侵害の温床となる密室性・閉鎖性も解消されていないことからすれば、意思決定及び意思表示の支援だけでは不十分である。入院者自身が自由や権利を行使できるようにするため、自らの権利の内容を知り、その権利を積極的に行使できるよう擁護するシステムを構築することが不可欠であった。

- 3 ところが、2014（平成26）年度「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（一般社団法人支援の三角点設置研究会）（以下「**2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）**」という。）が実施され、それに引き続き、2015（平成27）年度「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（公益社団法人日本精神科病院協会）（以下「**2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）**」という。）が実施された。

その結果、精神科病院に入院中の人々の権利を制限する主体である精神科病院によって組織される日本精神科病院協会によって、精神障害者に対する「アドボケーターガイドライン」がまとめられることになった。

- 4 厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では、2017年2月8日の報告書において、「医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置付けることが適当」とし、意思決定支援等を「権利擁護」という名目で進めることになった。

これを受けて、厚生労働省は、2018（平成30）年度の障害保健福祉部概算要求において、「相談支援事業所に所属する相談支援員（アドボケーター）が非同意入院患者のいる病院を訪問し、退院に向けた意思決定支援や退院請求などの入院者が持つ権利行使の援助等を行う」とされる「意思決定支援等を行う者に対する研修の実施」として1400万円の新規事業予算を要求することを発表した。

- 5 上記の研修は、これまでの経緯からすれば、日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」を踏襲した内容になることが容易に推測される。

しかしながら、後述するとおり、日本精神科病院協会による上記「アドボケーターガイドライン」の基礎となる2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づくマニュアル及び2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）には重大な問題点が数多くあり、このガイドライ

ンを権利擁護システムと評価することはできない。上記第1で述べたような日本の精神科医療の現状を迫認するだけのものとなってしまい、その弊害も極めて大きい。上記各モデル事業及びそのマニュアルやアドボケーターガイドラインを前提とする研修の実施は、到底是認できない。

第4 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」の問題点

1 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）等の内容

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）の「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」の報告書（「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」を含み、同マニュアルは49頁から59頁）¹の内容は、以下のとおりである。

- ① 入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援者とは「本人が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」である（52頁）
- ② 「医療保護入院者が医師の表明の支援者の利用を希望した場合は、利用申込書に氏名・年代・性別・入院日・住所・支援者への希望（同性・異性の別）等を本人に記載（代筆も可）してもらい病院は実施機関に連絡を取り、実施期間は申し込みを受け付ける。」（55頁）
- ③ 「支援開始の最終判断は主治医が行うこととする（隔離拘束中の支援実施の可否についても同様とする）。なお、患者の情報開示の範囲は主治医の判断によるものとする。」（55頁）
- ④ 「初回面接の際は病院職員が同席するかどうかの確認を本人にとって対応することとする。」（56頁）
- ⑤ 「実施機関は支援開始後にいつでも中止、終了することができることを毎回伝えることとする。」（56頁）
- ⑥ 「実施機関は所定の書式に面接結果を記載し、退院後生活環境相談員に提出するとともに、支援機関の控えとして写しを保管する。」（56頁）
- ⑦ 「あくまで聴くこと、ご本人の希望したことだけを伝えることとし、ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会に実施機関は参加できないこととする。また、家族・地域援助事業者等への仲介も行わないこととする。」（56頁）
- ⑧ 「病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明を行う。」（56頁）
- ⑨ 「あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする。」（56頁）
- ⑩ 「報告を受けた退院後生活環境相談員は、1週間以内に本人と面接し、あらためて病棟に伝えるかどうかの意思を確認したうえで対応する。」（57頁）

¹ <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000099367.pdf>

- ⑪ 「直接的な支援をしない」、「直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思の表明の支援者の役割は、どんな時も常に対象者本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものである」（５８頁）
- ⑫ 「誘導しない・・・意思の表明の支援者は誘導してはいけない。（例：薬のことは主治医に聞いてみるといいですよ）さらに先回りして発言を遮ることもしない。」（５９頁）

2 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）等の問題点

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアルによれば、「支援者」は人権侵害の救済を目的とするものではなく、「本人が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」とされ、医療を受けさせることを目的としている。

また、この事業を利用するかどうかを本人ではなく、権利侵害の主体となる主治医が判断するとされ、面談内容も精神科病院へ報告しなければならないものとなっている。しかも、支援者は、ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会にも参加できないとされ、「あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする。」とされている。

このモデル事業に基づくマニュアルの「支援者」は、退院請求などの権利行使の支援や人権侵害に対する救済を前提とせず、精神科病院の立場にたって、医療の名のもとに、入院中の人々の監視・管理をするために存在するものである。およそ権利擁護システムとは評価できないことは明らかである。

第5 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づく「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」の問題点

1 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）等の内容

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）の考え方を承継した2015年（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）の「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」【報告書】（アドボケーターガイドラインを含み、同ガイドラインは121頁～139頁）²は、以下のとおりである。

- ① 「『入院中』の精神障害者の意思決定及び意思の表明であって、非自発入院時点での代弁者制度の検討ではない。」（34頁）
- ② モデル事業の留意点として、「直接的な支援をしない」、「直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思決定支援者の役割は、どんな時も常

² <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/seika05.pdf>

に本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものとして位置付ける。」（４１頁）

- ③ 「アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手で」、「主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」（１２４頁）
- ④ 「アドボケーターは、対象者本人にとって、最善の利益に叶うような全体的に判断ができるような資質が求められる。」（１２９頁）
- ⑤ 「アドボケーターが訪問した際の実施方法等については、医療機関の指示に従うこととする。利用者との面会場所、病院スタッフの同席の有無等について、医療機関側と協議すること。」（１３０頁）
- ⑥ 「病状が重く、アドボケーターとの面会が出来ないことも予想される。この際には医療機関の主治医、担当スタッフと面会継続の有無について検討が必要である。」（１３０頁）
- ⑦ 「アドボケーター活動は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する。」（１３０頁）
- ⑧ アドボケーターを利用するための「同意書については本人・家族双方から得る。」（１３０頁）
- ⑨ 「時間についてはケースバイケースで利用者の入院する医療機関との相談による。」（１３３頁）。
- ⑩ 「アドボケーターが利用者から聞いた内容は、アドボケーター活動報告書に記載する。医療機関側に伝えるべき内容は、守秘義務違反にはあたらない。」（１３３頁）、「アドボケーターとなる者は、患者との面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようにもとめる。面接終了後、患者が入院する医療機関の担当者に口頭で面接内容の簡単な報告をするとともに手渡す。」（１３６頁）。
- ⑪ 「報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。」（１３１頁、１３２頁）。

2 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）等の問題点

2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づくアドボケーターガイドラインは、2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づくマニュアルと同様、人権侵害に対する救済を目的とするものではなく、本人に治療を受けさせることを目的としており、権利擁護システムとはいえない。

また、「アドボケーター」は、入院者のために直接的な支援をすることが禁止されているとともに、精神科病院に対する報告義務を負っている。くわえて、実施条件・方法が医療機関の裁量に委ねられ、精神科病院の管理下でしか活動できず、精神科病院とは独立した第三者による活動といえない。

独立性が担保されていないことを前提とすれば、「医療」や「最善の利益」を名目に精神科病院の手先として、本人に対する「なだめ役」や本人が望まない医療を受けさせるための「誘導役」となってしまう可能性が高い。その他にも、希望者し

か利用できない、家族が反対すれば利用できない等の重大な問題点が数多く含まれており、人権侵害に対する救済手段として全く意味を有しない。

このような制度が導入されてしまえば、かえって「アドボケーター」という名称で権利擁護システムが導入されたかのような誤った印象を与えてしまうことになる。本来あるべき権利擁護システムの導入に向けての議論を阻害するだけでなく、精神科病院の現状を追認するだけのものができてしまい、その弊害は極めて大きい。

第6 本来求められるべき権利擁護システムの実現に向けて

- 1 日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」は、精神科病院が精神障害者に治療を受けさせるための道具にすぎない。人権侵害の救済を目的とする権利擁護システムとは到底言えず、重大な問題点を数多く含むものであり、その弊害が大きい。

当センターは、その導入に強く反対する。また、このガイドラインを前提とする研修の実施についても反対せざるをえない。

- 2 精神科病院の密室性・閉鎖性が解消されておらず、人権侵害の温床となっている現状において、本来求められるべき権利擁護システムは、精神科病院から独立した第三者が入院中の人々の立場に立って、人権侵害に対する救済を目的とするものでなければならない。

これは、精神科病院から独立した第三者である当センターが長年、実践している精神科病院に入院中の方のために行う面会活動や精神科病院への訪問活動である。これらの活動が重層的に取り組みれることにより精神科病院に入院している人々の権利救済が図られていくものであり、こうした活動をさらに拡充させていくことが求められている。

- 3 このような権利擁護システムは、当センターにおいても、より多くの市民の方々に参加してもらうための体制を作り、精神障害者の権利擁護活動に関心のある他の団体との連携や協力を得ることにより、その実現は可能である。

厚生労働省が来年度に予定している研修は、当センターの行っているような権利擁護活動を実現・拡大するために実施されるべきである。当センターは、権利擁護システムを構築するために必要な研修の実施についても参加していく用意がある。

以上