

精神障がい者の権利擁護 と 精神保健当番弁護士制度

大阪精神医療人権センター・設立33周年記念講演会
「精神科病院に入院中の方のための権利擁護の拡充に向けて」
～今、わたしたちができること～

平成30年11月17日(土)
エルおおさか南館5階・南ホール

福岡県弁護士会

弁護士 森 豊

日本国憲法(1)

(1) 13条(個人の尊重と幸福追求権)

⇒プライバシー権、自己決定権

すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

個人の尊厳

幸福追求権＝すべての人権の基本的かつ包括的な人権

ex 一般的人格権、人格的自律権

一般的人格権・・・ex 肖像権、氏名権、名誉権、プライバシー権

人格的自律権＝自己決定権・・・ex 結婚、出産、医療

日本国憲法(2)

(2) 31条(人身の自由と法定手続の保障) ⇒適正手続の保障

何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪われ、又はその他の刑罰を科せられない。

(3) 14条(法の下での平等)

① すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

(4) 25条(生存権)

⇒適切な医療及び保護の機会を与える国の責務とこれを享受する精神障害者の権利

① すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

② 国はすべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

国際法規(1)

1991年 国連採択「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」

精神障害者の権利を詳細に規定し、
精神保健の国際基準を示した。



日本の国内法規の解釈・運用における
基準あるいは指針として尊重すべきである。

91年国連原則

精神保健施設における権利と条件(原則13)

- ① 精神保健施設内のすべての患者は、特に以下の事項について、最大限の尊重を受ける権利を有する。
 - a) どこにおいても、法の下の人格として承認されること
 - b) プライバシー
 - c) コミュニケーションの自由。これには施設内の他の人とのコミュニケーションの自由、検閲を受けることなく個人的通信を発受する自由、弁護士又は個人的代理人からの訪問を個人的に受け入れ、その他の訪問者の場合には、適切な時間であればいつでも受け入れる自由、及び郵便、電話サービス、並びに新聞、ラジオ、テレビを使用する自由を含む
 - d) 宗教又は信仰の自由
- ② 精神保健施設内の環境及び生活状況は同年齢の人の通常の生活にできる限り近いものでなければならず、特に以下の条件を含まなければならない。
 - a) レクリエーション、レジャー用施設
 - b) 教育施設
 - c) 日常生活、レクリエーション及びコミュニケーションに必要な物品を購入し、又は受領するための施設
 - d) 患者の社会的及び文化的背景にふさわしい積極的な活動に参加するための、並びに地域社会への復帰を促進する適切な職業的リハビリテーションの手段とするための施設。並びにそれらの施設を利用するように奨励されること。これらの手段には、患者が地域社会において、雇用を確保又は維持するための職業ガイダンス、職業訓練及び就職紹介などが含まれる。

国際法規(2)

2006年 国連採択「障害者権利条約」(平成26年批准)

① 目的(1条)

全ての障害者のあらゆる人権及び基本的自由の完全・平等な享有の促進、保護及び確保、並びに、障害者の固有の尊厳の尊重の促進を目的とする。

② 基本的な権利

障害のある人の尊厳と自律が確認される(前文(n)、1条、3条(a))。

17条のインテグリティ(不可侵性・完全性)の保障は、障害のある人の「その心身のあるがままの状態で尊重される権利」を保障する。

③ 平等及び無差別(2条、3条(b)、5条)

障害に基づくあらゆる差別を禁止し、特にその差別には合理的配慮を行わない事を含むことを明らかにする。

④ 自立した生活及び地域社会への包容(3条(c)、第19条)

とりわけ「他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を認め」、この権利の完全な享有並びに地域社会への完全なインクルージョンと参加を重視する。

障害者権利条約

⑤ 身体的自由及び安全(14条)

1項a 障害者は他の者と平等に、身体的自由及び安全についての権利を有する。

1項b いかなる場合においても自由の剥奪は障害の存在によって正当化されない。

【障害者権利条約14条ガイドライン】(障害者権利条約委員会2015年9月採択)

4 14条は本質的に非差別条項である。

6 幾つかの締約国の法律には精神保健法も含み、実際にあるあるいはあるとみなされたインペアメントを理由として人が拘禁されうる例がある。それは拘禁に対して、自傷他害のおそれがあることも含む他の理由を条件としている場合も含む。こうした実践は14条は相容れない。これは本質的に差別であり、恣意的な自由の剥奪にあたる。

※インペアメント

＝機能制限の有無にかかわらず身体的、精神的、知的あるいは感覚的健康状態

精神障害者と権利擁護・人権保障

- 非自発的入院は人身の自由の制限
- 行動制限も人身の自由その他プライバシー権の制限
- 強制的医療は医療における自己決定権の制限

● 適正手続の保障(憲法31条)

何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪われ、又はその他の刑罰を科せられない。

● 平等権(障害者権利条約14条1項b)

いかなる場合においても自由の剥奪は障害の存在によって正当化されない。

精神保健福祉法における 精神障害者の人権保障

(1) 入院形態の種類・要件の厳格な規制

※ 任意入院を原則とし、非自発的入院は法定された種類・要件に基づき限定的に認められる。

(2) 入院者の処遇 ＝行動の自由の制限に対する厳格な規制

※ 医療・保護のため必要最小限の原則

(3) 入院者の不服申立権の保障

※ 精神医療審査会の設置と、これに対する退院・処遇改善請求権及び弁護士との無制限の電話・面会交通権

(4) 精神保健指定医制度や各種定期報告制度も人権保障の確保のため

(5) インフォームド・コンセントの規定なし

インフォームド・コンセント

定義＝医師の十分な説明に基づく自由な同意があること

- ・ 根拠 憲法13条(幸福追求権の中の医療における自己決定権の保障)
- ・ 91年国連原則11①②に詳細な規定

精神保健福祉法に規定なし



平成25年法改正

精神障害者の医療の提供を確保するための指針を厚生労働大臣が策定(41条)



「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」

第4 その他良質かつ適切な精神障害者に対する
医療の提供の確保に関する重要事項

二 人権に配慮した精神医療の提供

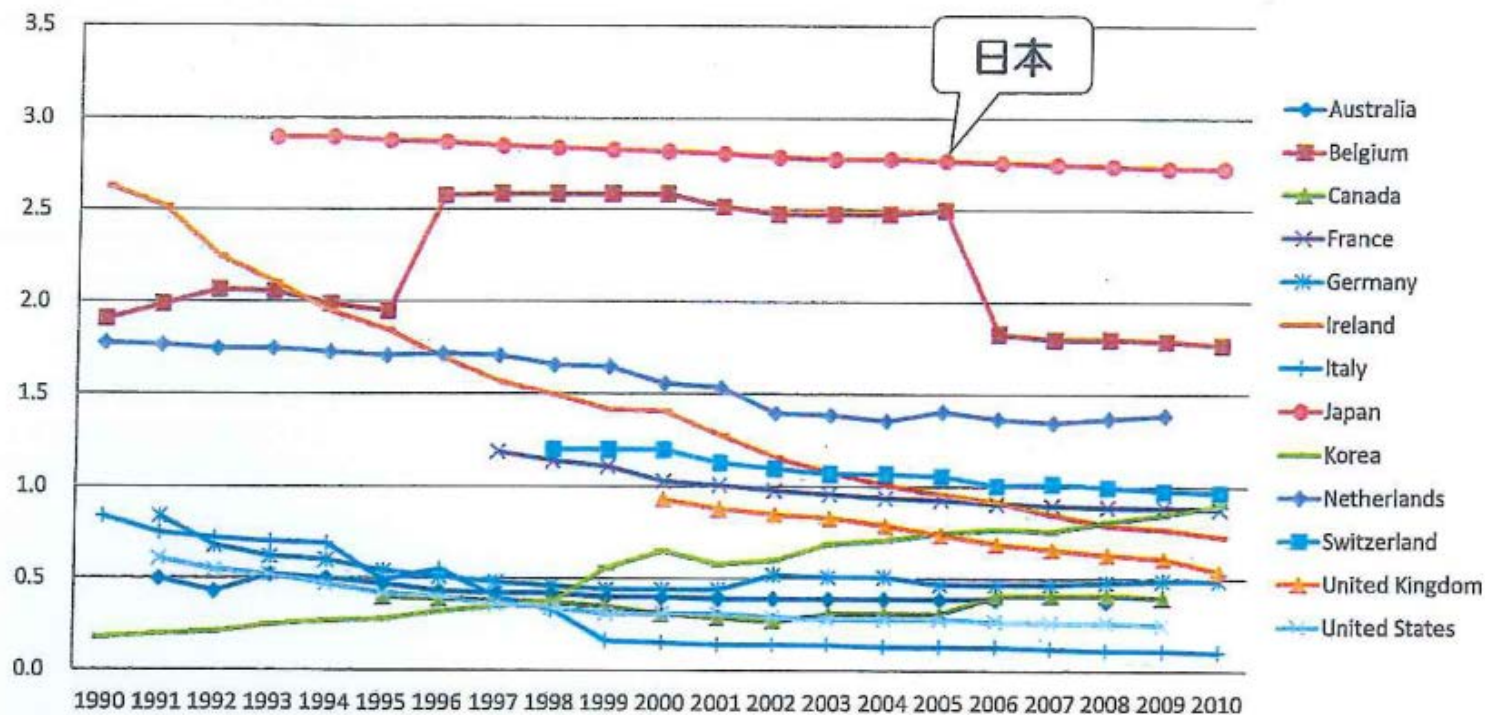
1 ……本人の同意なく入院が行われる場合でも、行動の制限は最小限の範囲とし、併せて、**インフォームド・コンセントに努める**等、……精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。

日本の精神科医療の問題点

- 1 世界に類を見ない入院中心主義と脱施設化の著しい遅れ
 - ・精神科病床数(対千人)2.8床～2.7床 ※ピークはH6年362,847床
欧米50年代から長期在院者の退院促進が政策的に行われ80～90年代には1床未満
OECDの平均0.68床 日本の約4分の1
 - ・入院者数 何十年と30万を超え(ピークはH3年349,190人、2.9床)、H23、4年頃ようやく29万人台
 - ・非自発的入院の割合
※昭和62年に任意入院の原則でH1年44%から減少、H11年30%、その後増加、現在H24年46%
 - ・平均在院日数 H1年頃500日 H26年281日 欧米では1週間から1月程度
 - ・入院期間 H26年 1年以上64%、5年以上35%、10年以上20%
- 2 社会的入院 H16の厚労省改革ビジョン(受入条件が整えば退院可能な入院者7万人の10年後解消)
- 3 院内処遇の水準の低さ ※個々の病院によっては改善されてはいるが
 - (1) 閉鎖性
 - ・過度の閉鎖・隔離処遇は平成11年の任意入院患者の開放処遇の原則で一定の改善
 - ・隔離(保護室)・身体的拘束の多用、入院当初の当然の保護室使用
 - (2) 人権侵害の多発←閉鎖的院内処遇とそこでの医療的裁量是人権侵害の温床
密室性、医師・監護者と患者の強者・弱者構造
 - ・恣意的懲罰的な隔離・身体的拘束、いじめ・虐待、etc(審査請求の取下げ圧力)
 - (3) 院内環境・プライバシーの無視軽視 vs 91年国連原則13②
 - (4) 医療水準
 - ・精神科特例 医師1/3、看護師2/3
 - ・投薬と隔離のみ
 - ・薬づけ、多量多剤の過剰投薬
 - ・インフォームド コンセントの遅れ

精神病床数※(諸外国との比較)

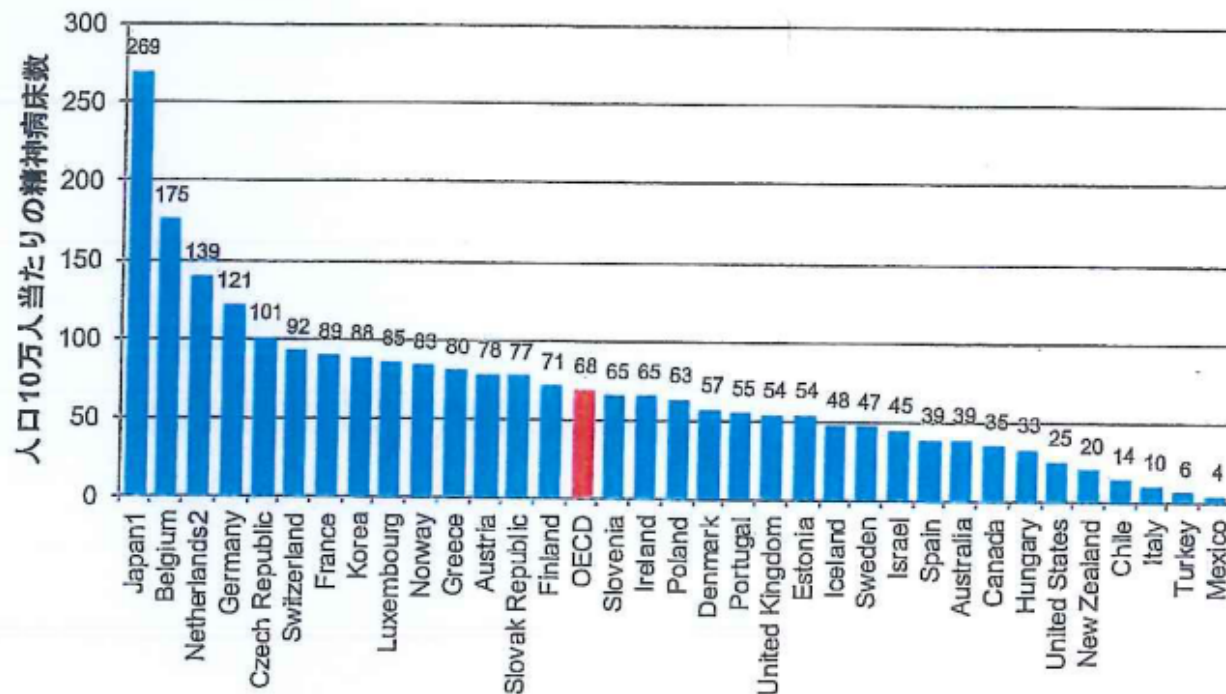
単位: 床/千人



※各国により定義が異なる

資料: OECD Health Data 2012

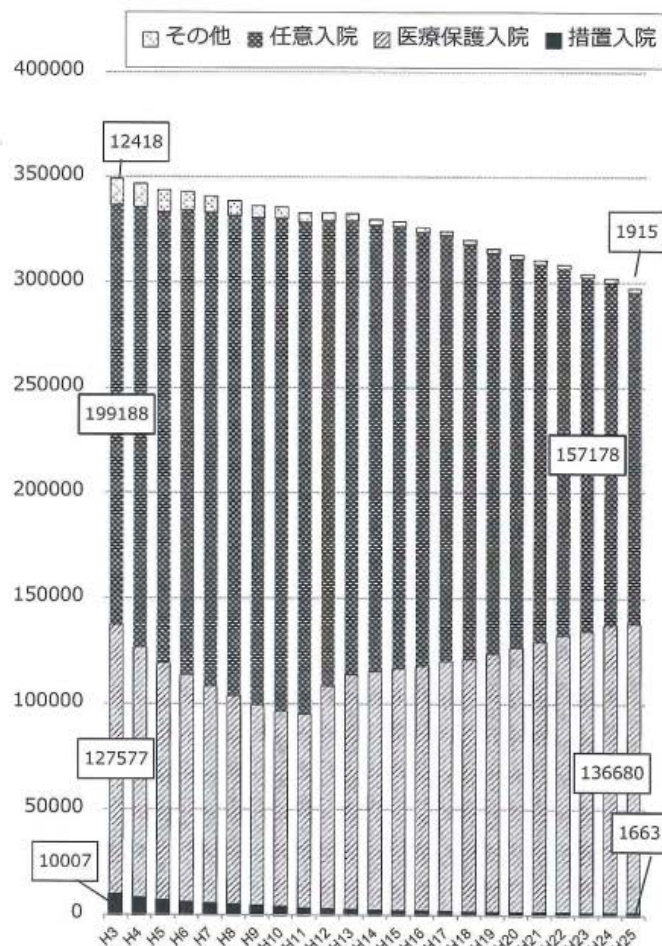
表 1. 人口 10 万人当たりの精神病床数、2011 年または至近年



1. 日本では、多くの精神病床は慢性疾患患者の長期入院に利用されている。
2. オランダでは、精神病床数に、他国では含まれていないであろう社会的ケア用の病床数も含まれている。

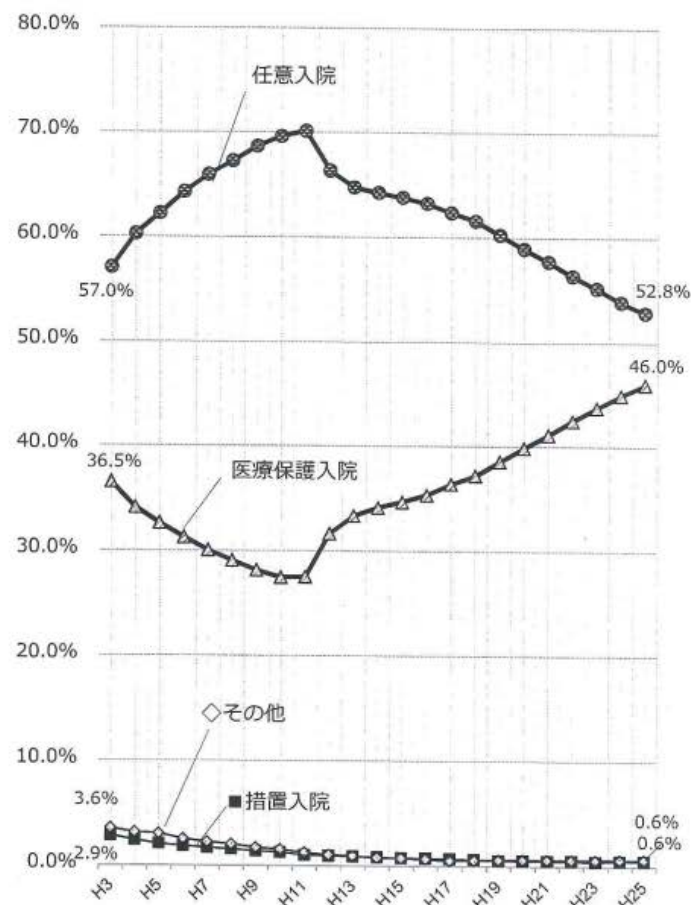
OECD H26年8月 報告書「Making Mental Health Count」より

入院形態別在院患者数の推移(平成3年度～平成25年度)



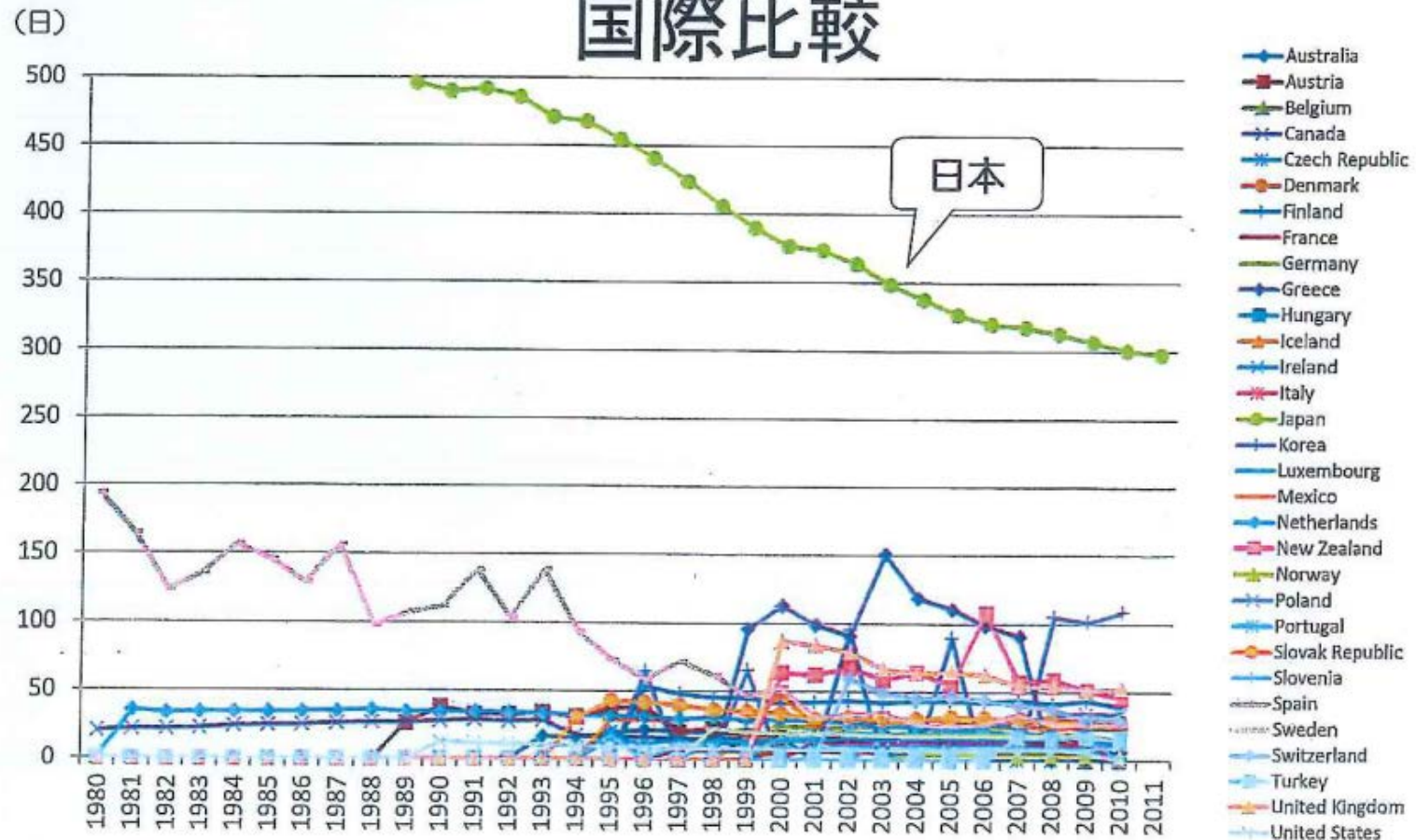
※平成11年精神保健福祉法改正において医療保護入院の要件を明確化(任意入院の状態にない旨を明記)

在院患者数に占める割合



厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課調べ(各年度6月30日現在)

精神病床の平均在院日数推移の 国際比較



※各国により定義が異なる

資料：OECD Health Data 2012
注) 日本のデータは病院報告より

精神保健医療福祉の改革ビジョン

精神保健福祉対策本部 平成16年9月（抜粋）

1 精神保健医療福祉改革の基本的考え方

(1) 基本方針

- 「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。
- 全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

(2) 達成目標

概ね10年後における国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成水準として、次を目標とする。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

(目標)

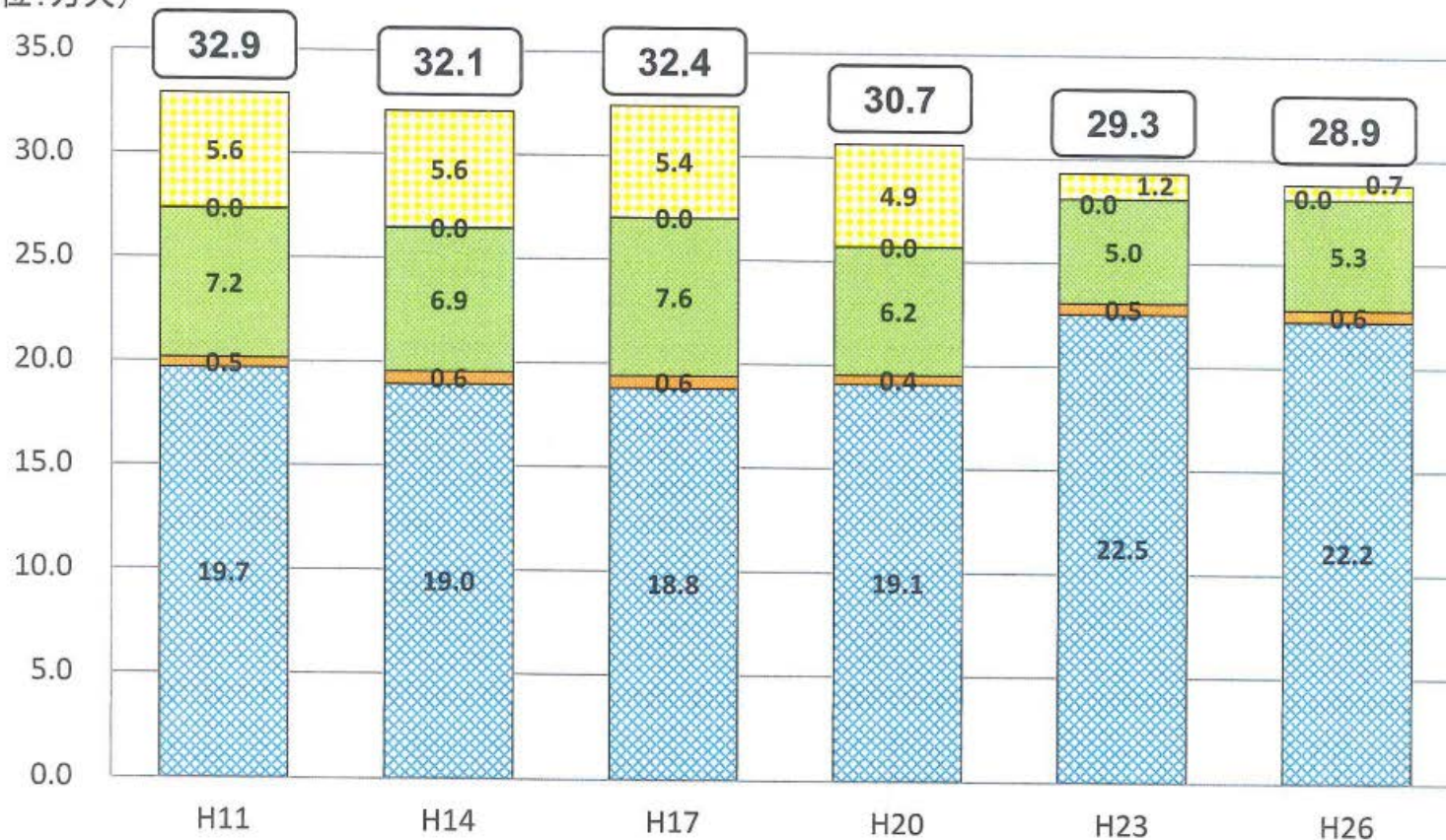
- 各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする。
 - 各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。
- ※この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

精神病床における入院患者数の推移(入院状況別内訳)

(単位:万人)



■生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する ■生命の危険がある ■受け入れ条件が整えば退院可能 ■検査入院 ■その他

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成 14

社会的入院の解消の達成率

- H14→H26

6.9万人→5.3万人

減少1.6万人÷6.9万人=23.2%

- H16→H26

7.2万人→5.3万人

減少1.9万人÷7.2万人=26.4%

入院形態の種類・要件の厳格な規制における問題 非自発的入院の要件と国連原則の比較(1)

措置入院(法29条)

国連原則16① (a)

- 自傷他害のおそれ

昭和25年精神衛生法

昭和62年改正(28条の2)

措置入院判定基準

(自傷他害のおそれを来たす病状
又は状態像)

- 即時の又は切迫した自己若しくは
他の人への危害が及ぶ可能性が
大きいこと

【対照】

緊急措置入院(法29条の2)

- ・直ちに入院させなければ自傷
他害のおそれが著しい

入院形態の種類・要件の厳格な規制における問題 非自発的入院の要件と国連原則の比較(2)

医療保護入院(法33条)

国連原則16① (b)

- 医療及び保護のため
入院の必要

昭和25年精神衛生法の
「同意入院」と同じ要件

【対照】

応急入院(法33条の4)

- ・直ちに入院させなければ医療
及び保護を図る上で著しく支障

- ・精神疾患が**重篤**であり、判断力
が阻害されている場合、その者を
入院させず、又は入院を継続させ
なければ、**深刻な状態の悪化が
起こる見込み**があり、最小規制の
代替原則に従って、精神保健施
設に**入院させることによってのみ
得られる適切な治療が妨げられ
ること**

入院者の処遇＝行動の自由の制限に対する厳格な規制における問題 具体的な処遇の基準(37条「厚生労働大臣が定める基準」)(1)

第1 基本的理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

- ・信書の発受、弁護士・人権擁護職員等との電話・面会は絶対に制限できない。
- ・他の者との通信・面会は本人の医療又は保護に欠くことができない限度で制限可。
但し、本人が家族や地域社会等と関わっていく手段であり、自由が原則。
- ・入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は許されない。

第3 患者の隔離について

第4 身体的拘束について

第5 任意入院者の開放処遇の制限について(平成11年法改正に伴い追加) ⇒任意入院者の開放処遇の原則

入院者の処遇＝行動の自由の制限に対する厳格な規制における問題 具体的な処遇の基準(37条「厚生労働大臣が定める基準」)(2)

第3 患者の隔離について・・・12時間を超える隔離は指定医の判断を要する。

(要件)

- (1) 症状から、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難である場合
具体的な場合(アからオ)が例示されているが、アは国連原則に照らし緩すぎないか？
- (2) その危険を最小限に減らし、本人の医療又は保護を図ることを目的として行われること
(制裁・懲罰、見せしめのために行われることは厳禁)
- (3) 少なくとも毎日1回の診察を要し、漫然とした継続は許されない。

第4 身体的拘束について・・・指定医の判断を要する。

(要件)

- (1) 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、多動又は不穏が顕著である場合、その他精神障害のために、そのまま放置すれば入院者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合であること
- (2) 本人の生命の保護及び重大な身体損傷を防ぐため、代替方法が見出されるまでのやむを得ない処置であること(制裁・懲罰、見せしめのために行われることは厳禁)
- (3) 常時の臨床的観察と頻回の診察を要し、できるだけ早期に他の方法への切替に努める。

(参照) 国連原則11⑪

患者の身体的拘束又は非自発的な隔離は、精神保健施設に関して公的に認められた手続きに従い、かつ、それが患者若しくは他の人に対する**即時の又は切迫した危害**を防ぐために**唯一の可能な手段**である場合を除いては、行ってはならない。これは、その目的のために**厳密に必要とされる期間**を超えて行われてはならない。

精神保健当番弁護士制度(1)

弁護士会による精神科病院入院者からの退院請求や処遇改善請求
に関する無料の相談及び代理人活動

- 制度の意義 ⇒ 刑事当番弁護士制度と同等の意義・重要性
 - (1) 事前の司法審査を受けずに人身の自由を制約された入院者に対する適正手続として不可欠な審査会への不服申立権に関する人権保障活動
 - (2) 弁護人選任権(91年国連原則18の①)の実質的保障
 - ・・・アクセスと費用負担(無償を原則)
 - (3) 弁護士との無制約の電話・面会交通権(法36条2項)の実践と法の負託
- 活動の概要と費用負担
 - (1) 活動内容①＝出張法律相談活動
精神科病院の入院者等から弁護士会に電話や手紙で退院や処遇改善について相談要請があると、相談担当弁護士名簿に登録した弁護士が名簿順に対応し、原則として入院先病院に出向いて面談による相談をする。
 - (2) 活動内容②＝精神医療審査会への審査請求代理人活動
必要に応じ精神医療審査会への退院・処遇改善の審査請求等の代理人活動をする。
 - (3) 費用負担
入院者に負担させず、日弁連の精神障害者に対する法律援助制度

精神保健当番弁護士制度(2)

- 具体的な活動内容 ⇒ 別紙「フローチャート」
- 活動状況
 - (1) 登録弁護士 発足時H5.7 122名(25%)、H19.4 221名(29%)、H29.4 402名(32%)
 - (2) 相談申込件数 (H5)122件 (H19)200件超 (H22)300件超 (H27)400件超 (H29)413件
 - (3) 代理人活動への移行割合 (H29)31.5% (平成16年までは10%未満)
 - (4) 審査請求の結果(累計) 退院相当 0.9% 他形態入院相当 7.6% 処遇改善相当 0.5%
その他目的実現で手続終了 13.8% (希望実現合計 22.9%)

★ 法律相談活動も合わせた活動全体の本人希望実現 16.8%
- 制度の発足から現在までの歩み
 - 平成5年7月 福岡県弁護士会の精神保健当番弁護士制度発足
 - 平成10年 日弁連が高齢者・障害者の権利に関する委員会を設置
 - 平成11年2月 精神保健当番弁護士全国連絡協議会の設立趣旨書が採択
 - 平成19年4～10月 法テラスを機に日弁連が精神障害者に対する法律援助制度を整備
 - 平成21年10月 日弁連が上記委員会に精神保健福祉プロジェクトチームを設置
 - 平成24年10月 九州弁護士会連合会 九弁連大会
「入院中の精神障がい者の人権救済のための法的援助活動を積極的に推進する決議」
 - 平成25年4月 九州弁護士会連合会が精神保健に関する連絡協議会を設置
同年7月 北海道弁護士会連合会 同弁連大会の決議
 - 平成29年9月 九弁連管内のすべての弁護士会で精神保健当番弁護士制度の運用開始

★ 日弁連の精神障害者に対する法律援助制度の利用状況 ⇒ 別紙「統計表」

平成24年10月26日九弁連大会(1)

「入院中の精神障がい者の人権救済のための
法的援助活動を積極的に推進する決議」

- その趣旨は

「我が国において、非自発的入院下にある精神障がい者の権利を等しく保障するために、当連合会、所属各弁護士会及び所属各弁護士は、全ての精神科病院の入院者が簡易かつ速やかに弁護士にアクセスできる制度を整備し、その制度の実効ある運用のために積極的に行動する。」

平成24年10月26日九弁連大会(2)

「入院中の精神障がい者の人権救済のための
法的援助活動を積極的に推進する決議」

・ 実現のための行動計画案として

各弁護士会は、

- ① 精神科病院の入院者から退院・処遇改善の相談申込みがあった場合、原則として数日以内に入院先病院に出張相談に赴き、必要に応じて精神医療審査会への退院・処遇改善請求等の審査請求の代理人活動をすることを中核とする制度(以下、「精神保健当番弁護士制度」あるいは「本制度」という)を構築し、本制度に参画する弁護士を登録した精神保健当番弁護士名簿を整備する。
- ② 参画する弁護士が簡便に相談し支援を受けられるバックアップ制度を構築する。
- ③ 本制度の実施に当たって各県の精神科病院協会、精神医療審査会(その事務局を担う精神保健福祉センター)との間で意見交換及び協議を重ね、相互理解と協力関係の構築に努める。
- ④ 全ての精神科病院、精神医療審査会、県・市町村その他関係機関、マスコミ等に対し、本制度を広く知らしめるための方策(ステッカー、パンフレットの配布等)を検討する。
- ⑤ 以上を実現するため、九弁連に本制度に関する連絡協議会を設け、各単位会の進捗ないし問題状況について情報交換し、本制度の充実に努める。

取組みを通じて心がけてきたこと(個人的感想)

- 弁護士会執行部の継続的支援とその意思表示
人権擁護のため走りながら考える気風
- 特別でない普通の弁護士が活動に参加
弁護士自身の「精神障害者は危険」という偏見・先入観の払拭
バックアップ制度、メーリングリスト等による不安感の軽減・解消
活動内容においても負担感の軽減・解消に留意
⇒ 充実した名簿により活動を広く分担
- 新入会員弁護士に対する登録研修の定例化
- 独立の委員会を立ち上げ、活動を埋没させない
- 活動状況を「見える化」 情報・実績の整理・統計化
- etc

精神障害者に対する法律援助 統計表（申込受理件数）

	・法的支援プロジェクト開始				・九弁連協議会		・キャラバン開始		・キャラバンⅡ	
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
東京	5	4	5	12	25 ⑤	28 ⑥	24 ⑧	35 ⑥	23	28 ⑨
神奈川	0	2	4	2	3	2	5	10	5	10
埼玉	0	3	1	0	3	6	5	7	25 ⑩	31 ⑧
千葉	0	1	0	0	4	6	9	4	0	3
茨城	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
栃木	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
群馬	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
静岡	0	1	0	1	1	5	6	6	2	1
山梨	0	0	1	5	11 ⑨	4	6	1	2	0
長野	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
新潟	0	5	0	0	2	1	0	0	0	0
大阪	16	13	19	13	31 ③	34 ⑤	26 ⑦	32 ⑧	24	43 ⑤
京都	1	2	8	9	12 ⑧	16 ⑨	23 ⑨	19	27 ⑧	28 ⑨
兵庫	2	4	9	5	3	9	1	23 ⑩	13	7
奈良	0	0	1	1	4	9	10	8	2	4
滋賀	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4
和歌山	0	0	1	2	3	0	0	0	2	0
愛知	8	12	17	13	23 ⑥	12 ⑩	14	11	7	21
三重	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1
岐阜	0	3	1	0	2	1	0	0	0	0
福井	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
石川	1	0	0	0	1	0	3	3	7	5
富山	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
広島	21	12	13	18	26 ④	41 ③	40 ⑥	52 ③	26 ⑨	17
山口	0	1	2	0	1	1	0	0	2	1
岡山	1	0	4	4	4	0	1	3	1	3
鳥取	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
島根	0	0	0	2	4	8	0	1	1	0
福岡	180	263	299	349	412 ①	385 ①	449 ①	486 ①	514 ①	471 ①
佐賀	0	0	6	16	5 ⑩	13	19	16	28 ⑦	21
長崎	1	0	1	1	0	0	1	1	0	6
大分	2	1	10	2	2	5	23 ⑩	15	8	5
熊本	0	0	0	0	1	21 ⑧	41 ⑤	30 ⑨	45 ⑤	33 ⑦
鹿児島	0	7	6	10	35 ②	34 ④	53 ③	68 ②	61 ③	65 ④
宮崎	0	0	2	1	1	24 ⑦	46 ④	38 ⑤	30 ⑥	35 ⑥
沖縄	0	0	0	0	0	0	2	35 ⑦	54 ④	70 ③
宮城	0	0	0	4	5	2	1	0	3	3
福島	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
山形	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5
岩手	5	6	4	7	3	5	4	5	5	5
秋田	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1
青森	0	0	1	4	1	0	0	0	2	0
札幌	0	0	0	6	17 ⑦	42 ②	57 ②	46 ④	88 ②	87 ②
函館	1	4	2	2	0	1	1	2	7	2
旭川	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
釧路	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
香川	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
徳島	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
高知	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
愛媛	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
合計	245	345	418	491	648	717	881	965	1024	1028
（九弁連小計）	183	271	324	379	456	482	634	689	740	706
（九弁連以外）	62	74	94	112	192	235	247	276	284	322

- ※ 法テラス作成の「委託援助事業統計表（申込総受理件数）」記載の数値から作成。
 ※ 同表の数値は、法律相談を内数として含み、また、心神喪失者等医療観察法法律援助との合計である。
 ※ 平成24年度以降の〇数字は各年度の上位10単位会。

【注意点】 日弁連の法律援助制度以外の制度を利用して活発に活動している弁護士会がいくつかあるが（大阪、愛知、岡山等）、その活動状況は反映されていない。

精神保健当番弁護士活動のフローチャート

