2016 年 10 月 12 日
衆議院第二議員会館

相模原市
「津久井やまゆり園」事件と
精神医療

お話　原昌平さん
新聞記者
精神保健福祉士

相模原市「津久井やまゆり園」事件と精神医療

2016/10/12　　衆議院第２議員会館

原　昌平（新聞記者、精神保健福祉士）

◆やまゆり園事件で考えるべきテーマ（類似事件を防ぐ観点）

▼差別の思想

・これが事件の根本問題。
・社会保障の財政負担に関連した弱者攻撃が近年は多い。生物学的優生思想と、ちょっと違う。
・障害者に加えて、高齢者、貧困者、病者、在日外国人などもターゲットにされている。
・闘いのメッセージを、政府・首長・政党・公的機関が出すべき。

▼刑事司法

・犯罪防止は第一義的に、この領域の課題。
・警察の対応は、ほとんど事実経過の情報が出ず、社会的検証が行われていない。
・２月の段階。業務妨害などで逮捕・捜索せず、措置入院に持っていったのはどうか。
・３月の退院後、なぜもっとマークしなかったのか。本人との面談、行動確認といった方法は？
・防犯カメラは、つかまってもよい確信犯には効果がない。
・精神障害と関係ない確信犯、テロリストなら、どうやって対処するのか？

▼施設の実情

・これも社会的検証が遅れている。神奈川県の第三者委員会がある程度は検証する？
・職員採用、教育研修、労働実態、労働条件と待遇、山の中の大規模収容施設、県の指定管理者方式

▼精神医療

・ここにばかり焦点が当たっている。
・精神障害による犯行とは、わかっていない。
・措置入院時の症状は、興奮状態、大麻使用、大量殺害の言動　→　本当に精神障害かどうかは不明。
・犯行時の精神障害の有無は、わからない。出頭後、大麻の陽性反応が出たが、使用時期は不明。
・仮に精神障害や薬物使用があっても、それが犯行の原因かどうかは、わからない。

◆診断名に、はたして該当するのか？

・躁病、躁鬱病
　→　躁状態はずさんなもの。あんなに計画的で綿密・冷静沈着な犯行ができるか？
・大麻精神病、薬物性精神病性障害
　→　そういう疾患が実在するのか疑問。大麻で妄想や凶悪事件を起こすか？　大麻が合法の国もある。
・大麻による脱抑制（北里大学東病院の入院中の最終判断）
　→　酔ったようにタガが外れた状態。気分や行動に影響しても、動機形成にはつながらない。
・脱法ドラッグ使用の可能性
　→　錯乱的になり、計画的・冷静な犯行は無理だろう。脱法ドラッグの流通は減っている。
・非社会性パーソナリティー障害（ＩＣＤ）、反社会性パーソナリティー障害（ＤＳＭ）
　→　急になるものではない。学生時代の途中までは、あまり問題なく生活していた。
　　事件の直前にも、両親や女性と会い、普通に話をしていた。
・妄想性障害（パラノイア）
　→　とっぴでない内容の確信・信念を抱き続けること。疾病概念としてあいまい。
　　おかしな考えを持っているという以上の意味がない。治療方法もはっきりしない。
・ＵＦＯ、フリーメーソン、カードなどの信じ込み、思い込みは、しばしば見られること。
・おかしな考えの人、常識的な判断のできない人は、世の中にたくさん存在する。
・精神科医は、なんでも病名をつけたがる傾向が強い。とくに措置診断、精神鑑定。

◆容疑者の心理として考えられること

・衆院議長への手紙に見える「承認欲求」
　→　大量殺害によって、政府から評価してもらいたい。評価してくれるに違いないという考え。
　→　劣等感、挫折感の裏返し。
・教師になりたいという希望の挫折
　→　入れ墨、大麻、脱法ドラッグといった逸脱行動に走り、それを誇示する。
・障害者施設職員として、仕事に喜びを見いだせなかった
　→　重度の人は意思疎通できないという感覚。意思疎通こそ、障害者施設では最大のテーマ。
　→　施設職員の待遇や社会的な評価は低い。
　→　障害者を蔑視する施設職員はまれではない。虐待はしばしば発覚している。
・どこで障害者差別の着想を得たのか？
　→　ネットを含めて差別思想は社会に広く存在する。
・なぜ大量殺害という極端な行動まで至ったのか？（ここには大きなジャンプがある）

◆中間とりまとめをめぐる経緯

・とても早かった安倍首相の打ち出し。「厚労省を中心に再発防止策を検討する」。
・政府全体の検討チームという枠組みだが、事務局は厚労省がやる。
・最初から、措置入院の解除をめぐる問題と、施設防犯しかテーマにしていない。
・第３回（８月３０日）までは、措置入院について「標準的な手順だった」「特段の瑕疵はなかった」。
・第４回（９月４日）の事務局案で、トーンは一変した。塩崎厚労相の指示だった。
・「制度的対応が必要不可欠」の文言は、上層部から指示を受けて、事務局が最終段階で付け加えた。
・精神障害による犯行を前提にしている。差別思想の問題や警察の対応から目をそらす効果。

◆これから出てくると思われること

・措置入院解除の厳格化
　→　解除判断の二重チェック？　退院後の支援計画ができるまで解除されない？　措置が長引く？
・措置解除後の継続的支援の義務づけ
　→　他害のおそれの患者だけ？　どれぐらいの期間？
・強制通院制度（すぐにここまでは行かない？）
　→医療観察法に近い制度？　対象者の要件はどうなる？　他害のおそれのみ対象？
・今の検討チームの人的構成で、退院後の支援を議論してよいのか？
　→　ＰＳＷも当事者も入っていない。生活支援や福祉に詳しいメンバーがいない。

◆兵庫県方式

・2015 年 3 月の洲本市の 5 人殺害事件。容疑者は過去 2 回措置入院。鑑定後、責任能力ありとして起訴。
・措置解除後の医療の継続、転居への対応、警察を含めた多機関の連携を図る。
・実際には、保健所ごとに、保健師を中心にした取り組み。措置以外も対象にすることがある。
・警察を含めた情報交換について、プライバシー保護・個人情報保護がきちんと検討されていない。

◆「多機能型精神科地域ケア」による医療継続支援

・保健所の業務、地域支援業務を、医療機関に民間委託する。韓国がこの方式。
　→　本人の同意によらない医療を、行政からの委託で可能にする。
・事件を起こすかもしれない患者をすべて対象にする。
　→　措置後、医療観察法終了後、刑務所出所後、長期入院後、薬物依存、治療拒否、未受診など。
・地域をまるごと、病院か診療所が受け持つ。アウトリーチもやる。
　→　行政のコスト抑制、マンパワー確保を名目に、医療機関の新たなビジネス領域にする。

◆医療も生活支援も、本人のためにある

・地域での必要な医療の継続、生活支援は、意味のあること。
・しかし、医療も生活支援も、あくまでも本人のためにある。
・本人の同意が原則。それが難しいときは、人間関係の構築からアプローチするのが基本。
・パターナリズムの発動は、どうしても必要な場合に限定しないといけない。
　→　措置入院の要件は、自傷または他害のおそれ。医療保護入院の要件はあいまい。

◆精神医療を監視の手段にしてよいのか

・差し迫った自傷他害のおそれは判定できるが、時間スケールの長い将来の予測は不可能。
・結局、時間的なきりがなくなる。
・いったんトラブルを起こすと、ラベルを貼られ、ずっと監視対象になりかねない。
・監視の意識がちらつくと、医療や生活支援に欠かせない信頼関係が壊れる。
・警察から監視されていると感じると、病状が悪化する人も少なくないのでは？
　→　精神病で監視妄想はよくある症状。
・精神障害者は危険な存在という偏見を社会に広げてしまう。

◆地域の精神保健医療福祉は、犯罪防止と切り離して充実させる

・福祉、介護、生活支援の予算が削られている。従事者は低賃金。事業の運営にも困難が生じている。
・訪問診療、訪問看護、訪問生活支援の費用も抑制されている。
・地域に責任を持つ組織は、生活支援を中心に、公益性のある団体の形で構築するべき。
・事件から出発してはダメ。強制から考えるのはダメ。

◆精神医療の本来の重要課題を、置き去りにしてはいけない

▼入院患者の人権の問題

・強制入院、身体拘束、隔離、閉鎖病棟が増え続けている。職員による暴力・虐待もある。
・任意入院でも隔離、拘束、通信・面会・外出の制限が行われる。退院制限もある。
・現行の退院請求・処遇改善請求、精神医療審査会の制度は、ろくに機能していない。
　→　外部からの権利擁護システムを構築することが欠かせない。
　→　障害者虐待防止法を医療機関・学校・官公署に適用すべき。
・精神保健指定医が、実質オールマイティーの権限を持つ制度を見直すべき。

▼医療保護入院の問題

　→　民間人の診断と家族の同意で、人間の行動の自由を奪ってよいのか？
　→　公権力による入院への一本化、一般医療による法制化を、精神神経学会の法委員会は提唱。
　→　強制入院なのに要件があいまい。入院先になる病院の要件も限定していない。

▼精神科のベッド数が多すぎる。

・世界一の精神病床数。人口比で見ても、飛び抜けて多い。
・ベッドを埋めるために入院させる病院、退院させない病院もある。

▼長期入院患者がまだまだ多い

▼認知症の入院が増えている

▼精神科の薬が多すぎる

▼薬物を含めた依存症への支援の不備

◆個人要因による重大犯罪の防止を考えるなら、医療より、心理的アプローチ

・精神病モデルに立った医療観察法は、社会的に有効なのか。
・反社会的行動、ストーカー、虐待、性犯罪などを繰り返す人々も少なくない。
・心理的な手法の開発と、刑事施設内を含めたトレーニングを考えるべき。　【おわり】

相模原市の障害者支援施設における事件の主な経緯

平成24年12月　障害者施設（神奈川県立津久井やまゆり園）に入職

平成28年2月

・14～15日　衆議院議長公邸において、障害者に危害を加える旨の手紙を渡す

・19日　障害者施設を退職
津久井警察署が保護、津久井警察署から相模原市への通報（精神保健福祉法第23条）
緊急措置入院（北里大学東病院）

・法第29条の2により、相模原市が緊急措置。精神保健指定医1名による診察結果に基づくもの(診断：躁病)
・緊急措置入院後に尿検査の結果、大麻成分が陽性

・22日　措置入院（北里大学東病院）

・法第29条により、相模原市が措置。精神保健指定医2名による診察結果に基づくもの
・第1指定医の診断は大麻精神病・非社会性パーナリティー障害、第2指定医の診断は妄想性障害・薬物性精神病性障害

平成28年3月

・2日　入院措置の解除

・北里大学東病院の病院長が精神保健指定医1名の診察結果に基づく「措置入院者の症状消退届」を相模原市に提出
・精神保健指定医の診断は、大麻使用による精神および行動の障害
・法第29条の4により、相模原市が入院措置を解除

・24日　北里大学東病院を外来受診　・診断書受領（病名①抑うつ症状、②躁うつ病の疑い）
ハローワーク相模原に来所(雇用保険の受給資格決定のため)
相模原市の福祉事務所に来所(生活保護の相談・申請のため)

・31日　北里大学東病院を外来受診（就労可否等証明書受領）

平成28年4月1日～7月14日
八王子市の自宅で、両親と月に3回程度食事
ハローワーク相模原に数回来所(失業認定のため)
相模原市の福祉事務所に数回来所(生活保護費の受給等のため)

平成28年7月26日　事件発生

「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」中間とりまとめについて

1　検討の経過

８月１０日（水）　第１回会合
９月　８日（木）　第４回会合　中間とりまとめ案について
９月１４日（水）　中間とりまとめ公表

2　構成員

岩　崎　俊　雄	社会福祉法人全国社会福祉協議会　全国社会福祉法人経営者協議会副会長
久保野　恵美子	東北大学大学院法学研究科教授
田　中　正　博	全国手をつなぐ育成会連合会統括
中　原　由　美	全国保健所長会　福岡県糸島保健福祉事務所長
平　田　豊　明	千葉県精神科医療センター病院長
松　田　ひろし	特定医療法人立川メディカルセンター柏崎厚生病院院長
松　本　俊　彦	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部部長
村　上　優	独立行政法人国立病院機構榊原病院院長
◎山　本　輝　之	成城大学法学部教授

※この他、内閣府、警察庁、法務省、文部科学省、厚生労働省、神奈川県、相模原市が関係省庁等として参画　（◎：座長）

3　中間とりまとめの位置付け

現段階で把握された事実関係に基づく検証結果を示すものであり、今後、更に検証を進め、その結果を踏まえ再発防止策を取りまとめ

4　検証方法の概要

以下の方法で情報収集を行い、チームで事実関係の検証を実施。

・　厚生労働省において、措置入院を行った北里大学東病院（以下「東病院」）、相模原市、施設等からヒアリング
・　東病院に対しては、精神保健指定医２名を派遣して措置入院等の診断にあたった指定医へのヒアリング等の調査を行うとともに、１１名の指定医による評価を個別に実施。相模原市にも措置入院等の手続について調査を実施。
・　可能な範囲で関係者からのヒアリングを実施し、事件前の容疑者の状況についてできる限り把握

中間とりまとめにおける検証結果の概要

	検証で明らかになった点	今後の検討課題
措置入院中の診療	● 東病院は、「大麻使用による脱抑制」と診断したが、薬物使用に関連する精神障害について専門性のある医師はおらず、診断や診療に当たって、そうした外部の医師の意見を聴いていない。 ● 他の精神障害等の可能性を考えて、生活歴の把握や心理検査を行えば、異なる診断や治療方針等が検討しえた可能性。 ● 入院中から、薬物の再使用を防止するための対応（治療プログラム、家族支援等）を検討することも十分でなかった。 ● 容疑者の退院後の居住先についても院内で意識共有がなされず、家族の認識とも齟齬。（主治医は八王子市の両親と同居と認識。実際は相模原市で単身生活）	● 綿密な診断と治療内容の検討、社会復帰に向けた治療プログラムの提供といった、質の高い医療を提供。 ● 医療保護入院における「退院促進措置」（※）を参考とした自立促進を図るための制度的対応。 ※ 精神保健福祉士等の退院後生活環境相談員の選任、多職種による退院支援委員会の開催 ● 医師の養成段階から生涯にわたる医学教育の充実を通じて、地域復帰後の医療等の継続支援を企画可能な医師や、臨床現場において薬物使用に関連する精神障害について専門的な知識を持った医師を育成し、質の高い医療を提供。
措置解除時の対応	● 東病院は、容疑者の薬物再使用防止に向けた退院後の支援を検討することなく「訪問指導等に関する意見」等が空欄のまま「症状消退届」（※）を相模原市に提出。 ● 相模原市は、東病院に消退届の内容の確認を行わず、退院後の医療等の支援を検討せずに措置を解除。 ➔病院・相模原市の対応は現行制度下においても不十分。 ※ 精神保健指定医による診察の結果、「入院を継続しなくても精神障害のために自傷他害のおそれがないと認められるに至ったこと」を病院管理者が都道府県知事・政令市長に届け出るもの	● 病院が、退院後に必要な医療等の支援を検討し、症状消退届で都道府県知事等に確実に伝達。 ● 都道府県知事等は、症状消退届の内容を踏まえて医療等の支援の内容や関係機関の役割を確認。 ● 患者が自治体を越えて移動しても、退院後支援の「調整の要」としての機能を、責任主体となる自治体間で確実に引き継ぎ。 ● 都道府県知事等が、措置解除の際、精神科の医師の意見を聴く体制を確保する等の対応。

【措置入院の診察を行った精神保健指定医について】
- 現在、厚生労働省において、精神保健指定医の指定に係る申請の際に不正な申請がなかったか調査中。
- 措置入院の診察を行った指定医のうち１人が調査対象であったが、既に指定医の辞退届を提出（指定医の資格は喪失）。内容不十分な申請で資格を取得した指定医が措置入院の診察に関わり、制度に対する信頼を損ねたことは重大な問題。
- ただし、この指定医の措置入院に係る医学的判断については、本チームで評価した結果、標準的な判断であった。

中間とりまとめにおける検証結果の概要

	検証で明らかになった点	今後の検討課題
措置解除後の対応	● 東病院は、外来診療で薬物の再使用を防止するための指導を行わず、通院中断に至り、その後に容疑者への状況確認等を行っていない。 ● 保健所設置市には退院後の相談指導等を行う法的義務があるが、相模原市は、容疑者が市外に帰住すると認識して医療等の支援を実施せず、また、個人情報保護を理由として、八王子市に情報提供しなかった。	● 保健所を設置する自治体が、措置権者である都道府県等から退院後の医療等の支援プロセスを確実に引き継ぎ、継続支援を実施。地域の精神科の医療機関など地域資源も活用。 ● 患者が通院中断に至ることなく、通院医療等を適切に受けられるようにするための仕組み。 ● 患者が全国どこに移動しても継続的支援を受けられるよう、本人の理解を前提に自治体間での情報提供。
社会福祉施設等における防犯対策	● 施設は、警察からの容疑者の手紙の内容についての説明と、それに基づく防犯指導を踏まえ、早急に警備体制の強化を開始するなどしていたが、容疑者の手紙の内容の詳細までは把握しておらず、また、施設内では緊急時との意識が十分に共有されなかったことから、防犯カメラを常時監視するに至らず。	● 社会福祉施設等における防犯について、日常の対応や、犯行予告がなされた場合のような緊急時の対応に関し、具体的な点検項目を新たに提示。 ● 点検項目を受けて、社会福祉施設等においては、防犯の観点から現状を点検、対応すべき点を把握。 ● 地域と一体となった開かれた社会福祉施設等という基本的方向性は維持。

◆ 精神障害者の地域移行の流れは、人権擁護・地域共生社会推進の観点から決して揺るがしてはならない。
◆ 今回の相模原市・東病院の対応は、現行制度下の対応としても不十分な点が認められ、他の地方自治体・病院でも同様の対応が行われる可能性。
◆ 入院中から措置解除後まで、患者が医療・保健・福祉・生活面での支援を継続的に受け、地域で孤立することなく安心して生活を送れるようにすることが、ひいては今回のような事件の再発防止につながる。
➔ 患者の継続的支援の確実な実施には、現行の運用改善のみならず、制度的対応が必要不可欠。
◆ 今後、更に事実関係を精査しつつ、秋頃を目途に再発防止策をとりまとめる。

検討チーム第５回資料
（2016年9月20日）

資料5

精神保健医療体制の推進

～措置入院者等が退院後も必要な医療を中断することなく、地域で暮らせる支援体制の整備に向けて～

平成28年8月21日
兵庫県健康福祉部

洲本事案における主な課題

必要な医療を継続するための支援

- 医療中断したこと、本人が居所不明となったこと、生活保護を継続受給しなかったこと等により、転居前のような関係者（医師、訪問看護師、ケースワーカー等）による支援が継続されなかった。

関係機関の情報共有

- 転居先の洲本健康福祉事務所、警察、医療機関は、転居前の段階から情報を共有をしていたが、市町とは情報を共有していなかった。

洲本事案の概要

- 平成27年3月9日に洲本市で5名が殺害される
- 近隣に住む40歳男性が逮捕される
- この男性は過去に2回の措置入院歴あり

5人刺され死亡

淡路島

民家2軒、60～80代

殺人未遂容疑 近所の40歳男逮捕

措置入院者等の地域支援体制の整備（H28.4月～）

【医療中断予防と関係機関の連携強化を目指して】

①継続支援チームの設置【健康福祉事務所】

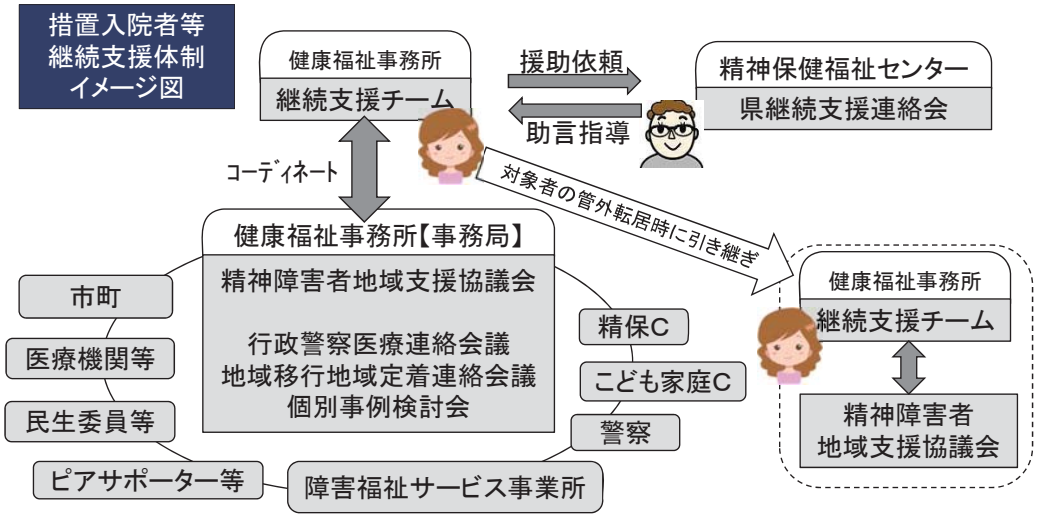
【構成員】健康福祉事務所長、健康福祉事務所保健師、顧問医・精神科主治医、精神保健福祉センター職員　等
【役割】 措置入院中から病院を訪問し、面接等を実施、関係機関への連絡調整による状況把握　等（随時）

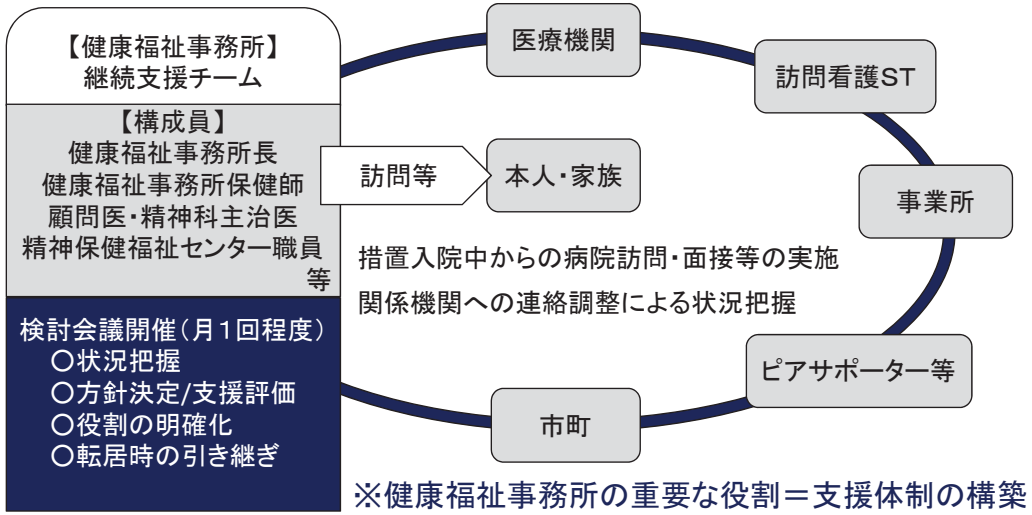
②県継続支援連絡会の設置【精神保健福祉センター】

【構成員】精神保健福祉センターの医師、保健師、精神保健福祉士、心理士　等
【役割】 継続支援チームの活動状況の助言（随時）、継続支援に関する研修会の実施（年1回）

③精神障害者地域支援協議会の設置

【構成員】健康福祉事務所、精神保健福祉センター、市町、こども家庭センター、医療機関、警察署、障害福祉サービス事業所、民生委員、児童委員、精神障害者相談員　等
【役割】精神障害者地域支援協議会を開催し、関係機関と互いに情報を共有（年1回程度）
・行政・警察・医療連絡会議の開催（年1回程度）
・地域移行・地域定着連絡会議の開催（月1回程度）
・個別事例検討会の開催（随時）





※健康福祉事務所の重要な役割＝支援体制の構築

平成28年度精神障害者継続支援チーム活動状況（4月～6月）

対象者の状況（開始時）	対象人数	継続支援チームによる状況把握							
		本人支援			家族支援			関係機関調整（電話連絡含む）	
		訪問	所内面談	電話相談	訪問	所内面談	電話相談	病院	その他
措置入院	10	21	0	3	8	1	6	32	12
医療保護入院	4	7	0	2	2	0	2	12	5
在宅	19	45	8	9	5	2	9	22	51
合計	33	73	8	14	15	3	17	66	68

※緊急に調査して確認した状況であり、今後修正がありうる。

継続支援チームによる取組における課題

①本人の理解と納得を前提とする支援（薬物依存・触法患者等困難事例）

②継続支援の期間

③異なる家族関係、在宅支援を行う社会資源（訪問看護等）の地域差

④健康福祉事務所のマンパワー不足

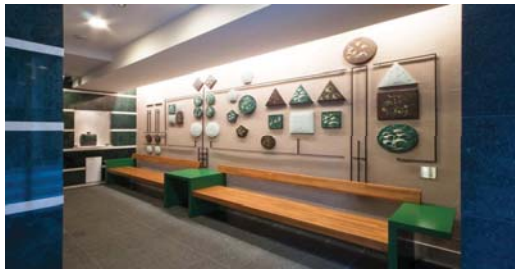
⑤県外や神戸市・中核市からの転入時に支援の情報が不足する可能性

資料6

◆検討チーム第５回資料

（2016年9月20日）

多機能型精神科地域ケアによる医療継続支援



平成28年8月30日

取組説明資料

「重い課題を持った患者」とは

- 医療観察法通院処遇中の患者
- 措置入院後の通院治療中の患者
- 長期入院後に地域生活を再開する患者
- 拘置所もしくは刑務所出所後の患者
- 必要な医療を拒否している患者
- 薬物依存の患者　など

医療機関では提供困難なサービス

- 引きこもり等で受診困難・受診拒否の人への治療導入
- 重い課題を持った患者が、治療を拒否している場合
  - 治療契約が成立しない患者への強制的な治療提供（アウトリーチを含む）はできない
  - 患者の自己決定権を尊重しつつも、患者および周囲の人の生命、健康、生活を守るためにはどうすべきか
- 薬物依存等、濃厚なケースマネジメントを必要としている場合
  - ケースマネジメントに関わる業務（院内ミーティング、ケア会議、他機関との調整、ケースマネジャーによる個別面談・家族支援等）は診療報酬外のサービスであり、支援できる患者数は限られる

行政（市町村）からの業務委託により対応可能に

個人の生活・価値観を尊重した医療継続支援

医療機関

- 医師および多職種による適切なアセスメント
- ケースマネジメント（コーディネート）
- アウトリーチ支援
- ケア会議
- 多機能・多施設間連携
- 24時間ミクロ救急体制

これらのサービスを十分提供できる体制を地域に構築するための診療報酬の見直しが必要

市町村からの直接支援、または医療機関への委託により実施

業務委託

医療機関が地域に対する責任を担う

市町村

直接支援

医療が必要であるが治療を拒む人

- あたたかな見守りによる孤立化防止
- 十分な時間をかけた関係性構築
- 必要時の危機介入

委託先の医療機関としては、多機能型精神科診療所、多機能型精神科病院が想定される

個人の生活・価値観を尊重した医療継続支援を実現するための条件

- 医療機関が適切なアセスメント、ケースマネジメント、24時間365日ミクロ救急を実施すること⇒個人の状態とニーズに応じた医療の提供
- 外来医療の充実（デイケア、アウトリーチ、多職種によるケア）と多機能・多施設連携の促進
- 診療報酬や通常の障害福祉サービスでは対応困難な人に対しては、自治体（市町村）が積極的な関与をしていく
- 自治体の実情に応じて民間医療機関への業務委託をすることにより、官民協働で当該地域における包括的ケアを提供⇒地域共生社会の実現へ

地域精神保健センター（仮）と自治体の協働による精神障害者地域包括ケアの実現

○市町村からの民間精神科医療機関への委託により、人口10~20万人に1か所の地域精神保健センターを設置。
○未受診者、医療中断者、薬物依存、措置入院後、医療観察法通院処遇後等、通常は民間では対応困難な課題への対応を行う。
○ケースマネジメントにより障害福祉サービス、学校、職場、行政機関との連携を促進し、精神障害者との共生社会を実現する。

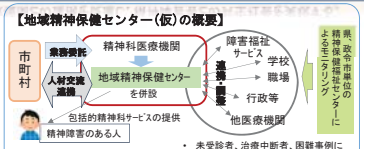
【国際社会の動向】

- **日本を除く先進7か国**（G7：**カナダ、イタリア、イギリス、アメリカ、フランス、ドイツ**）では、人口10~20万人に1つの地域精神保健センター（チーム）が、キャッチメントエリア内の地域住民の精神保健医療福祉に責任を持つシステムが存在。
- **香港**では、統合失調症患者による事件、事故をきっかけとして政府主導で「精神障害者が地域に受け入れられ、定着した生活ができるための地域モデル」の構築を開始。
  ⇒2012年～香港を18地区に分け、1地区に1つ地域精神保健センターを設置（NGOによる運営）。外来医療を軸にケースマネジャーが家庭訪問の実施等を行いケアの計画・調整を実施。

【日本の現状と課題】

- **フリーアクセス**
  利点：本人の選択の自由度が高い
  欠点：地域に対して責任を持ったサービス提供を行うことが困難
- **地域精神医療の未発達**
  入院精神医療に比較し、外来精神医療への診療報酬がかなり低いケースマネジメント、ケア会議への診療報酬の評価なし
  ⇒未受診者、医療中断者、措置入院後等の困難事例への対応は医療機関の無償サービスの部分が大きくなりがち
- **医療と福祉、学校、職場、行政との連携不足**
  「連携」「調整」は診療報酬の対象外、障害福祉サービスによる相談支援では福祉外の資源との連携が困難
- **市町村のマンパワー不足**
  精神障害者のケアに中核的・主体的役割を果たすことが期待されている市町村はマンパワー、スキル不足による過剰負担が懸念
  ⇒民間活力の利用推進への期待（例：認知症疾患医療センター）

【地域精神保健センター（仮）の概要】



- 精神科外来診療、アセスメント
- 困難事例を対象とした精神科デイケア等の実施
- 24時間電話対応
- 地域ケア会議の実施

- 未受診者、治療中断者、困難事例に対する訪問看護、訪問診療、往診、多職種によるアウトリーチの実施
- 当該地域の患者については、責任を持ってフォローする（措置入院後、医療観察法処遇終了後の患者を含む）

地域に対して責任を持った精神科サービスの提供

【期待される効果】

- 各地域にケアに責任を持つ精神科外来拠点が生まれる。
- 困難な課題を持った精神障害者に継続的ケアが可能になる。
- 民間活力の利用により、低コスト（1ヶ所2500万円）で実施可能。
- 行政の施策を地域に反映させる窓口が生まれる。
- 市町村との人材交流により、市町村職員のスキルアップ、精神障害者への理解促進⇒心のバリアフリー、精神障害者との共生社会の実現

近年、外来医療に精神科デイケアや訪問看護・訪問診療等を併設した多機能型精神科診療所や病院が増加。これらが手をあげれば実施可能。

地域精神保健センター(仮)と自治体の協働による精神障害者地域包括ケアの実現

〇市町村からの民間精神科医療機関への委託により、人口10~20万人に1か所の地域精神保健センターを設置。
〇未受診者、医療中断者、薬物依存、措置入院後、医療観察法通院処遇後等、通常は民間では対応困難な課題への対応を行う。
〇ケースマネジメントにより障害福祉サービス、学校、職場、行政機関との連携を促進し、精神障害者との共生社会を実現する。

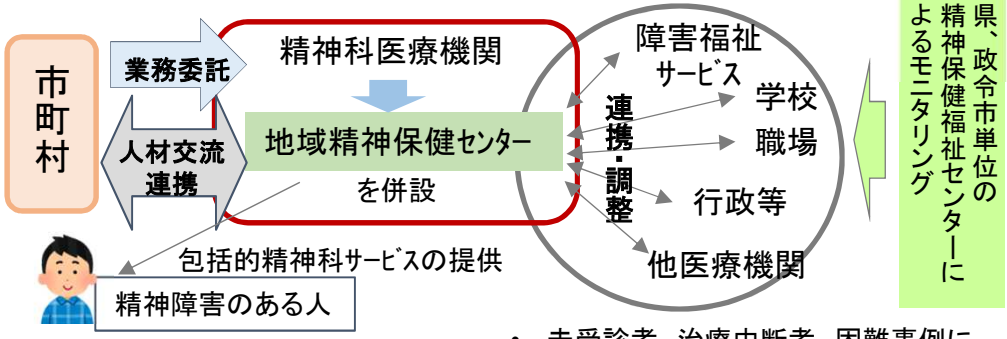
【国際社会の動向】

- **日本を除く先進7か国(G7: カナダ、イタリア、イギリス、アメリカ、フランス、ドイツ)**では、人口10~20万人に1つの地域精神保健センター(チーム)が、キャッチメントエリア内の地域住民の精神保健医療福祉に責任を持つシステムが存在。
- **香港**では、統合失調症患者による事件、事故をきっかけとして政府主導で「精神障害者が地域に受け入れられ、定着した生活ができるための地域モデル」の構築を開始。
  ⇒2012年～香港を18地区に分け、1地区に1つ地域精神保健センターを設置(NGOによる運営)。外来医療を軸にケースマネジャーが家庭訪問の実施等を行いケアの計画・調整を実施。

【日本の現状と課題】

- **フリーアクセス**
  利点:本人の選択の自由度が高い
  欠点:地域に対して責任を持ったサービス提供を行うことが困難
- **地域精神医療の未発達**
  入院精神医療に比較し、外来精神医療への診療報酬がかなり低い
  ケースマネジメント、ケア会議への診療報酬の評価なし
  ⇒未受診者、医療中断者、措置入院後等の困難事例への対応は医療機関の無償サービスの部分が大きくなりがち
- **医療と福祉、学校、職場、行政との連携不足**
  「連携」「調整」は診療報酬の対象外、障害福祉サービスによる相談支援では福祉外の資源との連携が困難
- **市町村のマンパワー不足**
  精神障害者のケアに中核的・主体的役割を果たすことが期待されている市町村はマンパワー、スキル不足による過剰負担が懸念
  ⇒民間活力の利用推進への期待(例:認知症疾患医療センター)

【地域精神保健センター(仮)の概要】



- 精神科外来診療、アセスメント
- 困難事例を対象とした精神科デイケア等の実施
- 24時間電話対応
- 地域ケア会議の実施

- 未受診者、治療中断者、困難事例に対する訪問看護、訪問診療、往診、多職種によるアウトリーチの実施
- 当該地域の患者については、責任を持ってフォローする(措置入院後、医療観察法処遇終了後の患者を含む)

地域に対して責任を持った精神科サービスの提供

【期待される効果】

- 各地域にケアに責任を持つ精神科外来拠点が生まれる。
- 困難な課題を持った精神障害者に継続的ケアが可能になる。
- 民間活力の利用により、低コスト(1ヶ所2500万円)で実施可能。
- 行政の施策を地域に反映させる窓口が生まれる。
- 市町村との人材交流により、市町村職員のスキルアップ、精神障害者への理解促進⇒心のバリアフリー、精神障害者との共生社会の実現

近年、外来医療に精神科デイケアや訪問看護・訪問診療等を併設した多機能型精神科診療所や病院が増加。これらが手をあげれば実施可能。

ジャーナリストからの直言

命の存在価値に軽重をつけるな

読売新聞大阪本社 編集委員

原　　昌平

この社会を浸食している暗い底流が、いきなり表に噴き出したような気がする。

相模原市の知的障害者施設で７月に起きた大量殺傷事件は、弱い立場である障害者が一方的に標的にされたという面でも、差別思想に基づく犯行という面でも、衝撃的な事件だった。

過去にも2001年の大阪教育大附属池田小事件（死亡８人）、2008年の秋葉原無差別殺傷事件（死亡７人）をはじめ、多数が殺傷された事件はいくつかあるが、いずれも何らかの生きづらさを抱えた人物による拡大自殺的な犯行か、近隣住民や親類への妄想的な恨みによる犯行だった。今回は、ゆがんだ信念をもとに計画的に行われた点が大きく異なる。

重度の障害者はいないほうがいい、社会のためにも本人のためにも安楽死させたほうがよい――そんな確信を容疑者が抱き、本当に実行に移したのはどうしてなのか。いちばん知りたい経緯は、まだ解明されていない。

容疑者は、２月15日に殺害計画を書いた手紙を衆院議長公邸に届けた後、警察や施設に同趣旨の発言をして２月19日から３月２日まで措置入院になっていたが、本当に精神症状があったかどうかは、まだよくわからない。あくまでも「精神障害による」自傷または他害のおそれが措置入院の要件だが、大量殺人を公言している人物を放置できないと精神保健指定医が考えて、診断名をつけることもありうる。

強調したいのは、障害者はいないほうがよいという考えは、けっして精神病的なとっぴな妄想ではないという点だ。むしろ社会に広く存在する差別的な考え方を容疑者がどこかで吸収して、有意義な着想と受け止めたのではないか。仮に大麻の影響や躁状態があったとしても、気分や行動の程度を左右するというレベルであって、思想をもたらすわけではないだろう。

手紙では、障害者を殺害すれば政府から感謝されると考えていたフシがある。逮捕後に笑みを浮かべていたのは、正義に基づく使命を果たしたという満足感かもしれない。その面からも、偏った思想に基づくテロと見るほうが的確に思える。

明らかな前兆のあった重大犯罪なのだから、事件の教訓を導くなら、精神科医療だけでなく、警察の対応、刑事司法の手だてがどうだったのかをしっかり検証する必要がある。

より広く、根本的な再発防止策は、人間の存在価値に軽重をつける差別思想と闘うこと、差別思想を持つ人間を増やさないことである。

はたして容疑者だけが特異な差別思想の持ち主だったのか。まず、医学・医療を中心にした歴史を振り返る必要がある。

20世紀初めに英国のゴルトンが提唱した優生思想は、世界各国に広がった。遺伝学の見地から、不良な子孫の出生を減らし、優秀な子孫を増やそうという考え方で、わかりやすく言えば、人間の品種改良をめざす思想である。

それを極端な形で実行したのがナチスドイツだった。ユダヤ人の収容・虐殺に先立ち、精神障害者、知的障害者、神経疾患の患者などを安楽死させる「Ｔ４作戦」を秘密に進め、20万～30万人を抹殺した。優生思想を推進したのも、「価値なき生命」にあたるかどうかを個別に判断したのも医師だった。

米国や北欧諸国でも、断種法による障害者への強制不妊手術が戦後も長く行われていた。

日本では1938年に設置された旧厚生省が「民族優生方策」を掲げた。戦後の1948年には優生保護法が制定された。この法律により、精神障害者や知的障害者らに約１万6,500件の強制不妊手術が行われ、中絶の強制もあった。ハンセン病患者にも事実上の強制不妊手術が行われた。いくつかの地域では「不幸な子どもを生まない運動」が展開された。「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」と目的にうたった優生保護法は、1996年に母体保護法に改正されるまで存続していた。わずか20年前のことだ。その後も、優生保護法がもたらした事態に対する公的な検証や謝罪は全く行われていない。

日本は2014年１月に障害者権利条約を批准した。行政や政治は、障害者を社会の対等な構成員とする考え方を示すようになった。それは障害者の尊厳、人権、生活保障、社会参加を求める長年の運動の成果である。

だが、障害者を不幸な存在、あるいは不幸をもたらす存在と見る発想は、本当に消えただろうか。

現行の母体保護法に、胎児の障害を理由に中絶できる条項はないが、現実には出生前診断が広く行われている。近年は母親の血液検査で精度の高い判定が可能になった。その医療技術で胎児の障害を知った親の多くが中絶している。

もう一つ、直視しないといけないのは、経済至上主義の価値観や社会保障の財政負担と関連して、障害者、高齢者、病者、貧困者などを、社会のお荷物と見る感覚の広がりである。

高齢化が進んで社会保障と財政が大変だ、そういう政府発表や報道がしょっちゅうある。実際、医療も介護も年金も締めつけが続く。それらを見聞きする高齢者は、長生きは迷惑だと言われ続けているように感じる。まだ高齢でない人からの視線もきつくなる。超高額の抗がん剤をめぐって「医療保険財政が破綻するから、高齢者には使用制限を」と言い出した医師もいる。

終末期医療に対するムダ論も強い。望まない生命維持医療を個々の患者が拒むのは尊厳のための自己決定かもしれないが、それが当然のように言われると、高齢者や難病患者が生き続けることへの圧力にならないか、気になる。

ホームレス状態の人々は差別を受け、しばしば少年たちから価値なき生命として襲撃され、殺されてきた。近年は生活保護利用者、貧困世帯へのバッシングもすさまじい。ネットにはヘイトスピーチ的な暴言がまきちらされている。

東日本大震災の直後、みんなで助け合おうという雰囲気が高まった時期とは大違いだ。この社会で暮らす一人ひとりを共同体のメンバーととらえる意識が低い。空気がすさみ、足を引っ張り合い、反撃しにくい弱者をたたいて溜飲を下げる風潮が強まっている。それこそが相模原の事件をもたらした底流ではなかろうか。

財政収支は大切だし、社会保障もなるべく効率的な運営が必要だが、経済や財政や社会制度のために人間がいるわけではない。逆である。

あらゆる人に個性と尊厳があり、よりよく生きる権利がある。すべての人に存在価値がある。

医療従事者は、そのことに揺るぎない確信を持って、日々の仕事にあたってほしい。人間の命の価値に軽重はない、と世の中に堂々と訴える先頭に立ってほしい。

障害者差別と報道――相模原殺傷事件から

メディアの論点設定は的確か

――精神科医療の実情から容疑者報道を考える

読売新聞大阪本社　編集委員　原　昌平

相模原の事件で、大阪本社勤務の筆者は、生ニュースを扱う立場でも紙面の編集をする立場でもなかったが、精神科医療や福祉の取材を長年重ねてきた経験から、今回の報道のあり方には、疑問といらだちを少なからず感じてきた。

ここでは、容疑者側の報道について、①精神科の入院歴と事件の核心に関する論点の設定②警察の対応の検証――の2点を中心に検討したい。

スポットが当たった「措置解除」

今回の事件の容疑者は、事件の5か月余り前の2月19日から3月2日まで、精神保健福祉法に基づく措置入院（行政権限による強制入院）になっていた。

容疑者は2月15日に障害者を大量殺害する計画を書いた手紙を東京の衆院議長公邸へ届けた。その内容は警視庁麹町署から神奈川県警津久井署へ伝えられた。津久井署からの連絡で、勤務先施設である津久井やまゆり園の幹部が19日に本人と面談し、手紙と同趣旨の話をして考えを変えなかったため、自主退職が決まった。面談後にすぐ保護した警察官にも同様の言動をしたことから、精神障害による他害のおそれがあるとして同日夜、津久井署から相模原市へ通報が行われ、精神保健指定医1人の診断で緊急措置入院になった。22日には別の指定医2人の診断で正式の措置入院になった。

3月2日には、他害のおそれがなくなったとする指定医の診断に基づき、入院先の院長が症状消退届を提出。相模原市は措置を解除し、容疑者は退院した。

以上の経過は7月26日の事件発生当日に明らかになり、翌27日の朝刊各紙の多くは、措置入院をめぐる経緯に焦点を当てた記事を大きく掲載した。

塩崎恭久厚生労働大臣は27日、「措置入院解除後のフォローアップを検討したい」と発言。安倍首相や菅官房長官も、厚労省を中心に再発防止策を検討するよう求めた。厚労省は「事件の検証及び再発防止策検討チーム」を設け、8月10日から、措置入院とその解除後のあり方に重点を置いて議論を進めてきた。

今回の事件は、大量殺害計画を容疑者が事前に示し、警察も把握していたのに、ほぼその通りに実行されたという点で例のないものだ。なぜ防げなかったのかを問うのは、社会としても報道としても当然である。だが、措置入院解除後のフォロー、医療・行政と警察の連携といった精神科医療関連の再発防止策を論じる前に、疑問がいくつもある。

容疑者は本当に精神障害だったのか、犯行は精神障害によるものだったのか、2月の段階で措置入院という対処は妥当だったのか、警察の対応はどうだったのか、といった点である。それらは事件の核心（本質）にかかわる問題だが、踏み込んだ分析・解説はあまりなかった。

マスメディアの重要な役割の一つは、社会的な議題の設定である。措置入院の経緯、厚労省の動きといった「事実」を軸にした報道は、内容が間違いではないにしても、提供された材料に引きずられ、精神科医療ばかりをクローズアップする結果を生んだ。裏返すと、なかなか材料の出て来ない警察の対応をめぐる報道が足りず、そこから社会の目をそらす結果になったのではないか。

はら・しょうへい＝1959年生まれ。82年入社、京都支局、社会部、科学部次長を経て、2010年から現職。医療・福祉を主に担当。精神保健福祉士の資格を持つ。

事実報道はジャーナリズムの基本だが、それだけでは不十分なことも多く、解説、論評、企画、論説などでカバーする必要がある。「わかった原稿」だけでなく、まだわからないことを明示する報道にも重要な意味がある。

差別的な動機から多数の障害者が殺傷された被害の社会的な意味については、報道各社が企画や論説をそれなりに展開してきた。だが、容疑者側をどう見るかについては、報道側の思考が精神科医療にとらわれすぎ、結果的に、犯罪防止に精神科医療を使おうとする政府の対応策を後押ししているように見える。

事実報道の材料の多寡によって議題や論点の提示が左右されるメディアのありようは、権力による情報操作、権力による論点設定にやすやすとはめられてしまうリスクをはらんでいる。

精神障害は本当にあったのか

精神科の診断は、一般的に言って、あまり信頼に足るものではない。

今回、緊急措置入院した時の診断名は「そう病」。正式の措置入院時の診断は、指定医の1人が「大麻精神病・非社会性パーソナリティー障害」、もう1人が「妄想性障害・薬物性精神病障害」だった。3月24日、入院先だった病院を外来受診した時には別の医師が「抑うつ状態・そううつ病の疑い」という診断書を出していた。ずいぶん、まちまちである。

精神科では、検査データや画像といった客観的な材料が少ない。医師は、本人との会話、様子の観察、家族をはじめ関係先の情報などをもとに検討していく。典型的な病状の場合を除いて、診断はある程度の時間をかけたプロセスとして行われる。医師の主観に左右されるので、間違っていることもあれば、複数の精神科医によって大きく異なることもある。

しかも精神科で扱う領域は幅広く、多種多様な診断名がある。精神障害、精神疾患とは何かという定義自体、明確ではない。その気になれば、普通に生活している人でも、ほとんどに何らかの診断名をつけられると言ってもよい。

措置入院は、差し迫った自傷または他害のおそれがあるときに行われる。他害のおそれが明らかでも、精神障害によるものでなければ、措置入院の対象にはならない。診断はプロセスだから、入院の

段階で正確な診断がついていなくてもよいが、警察からの通報は、指定医へのプレッシャーになる。もし入院させずに事件を起こしたり自殺したりすれば嫌だからだ。精神障害でないと言い切れなければ、とりあえず何らかの診断名をあてはめて入院させようという心理が働く。

事件報道で精神障害が絡むことはよくある。記者、デスクは、そういう精神科の実情を知っておく必要がある。

緊急措置入院の時、容疑者は障害者殺害という危険な考えを口にし、興奮していたという。入院後の尿検査では大麻成分が検出された。付けられた診断名は、そうした外形的状況から考えられる範囲のもので、精神障害による症状があったと言えるかは、はっきりしない。

仮に大麻の影響やそう状態があったとしても、それが差別思想に基づく犯行に直結したかどうかは別問題で、気分や行動の制御の面で影響した程度ではないかと見る精神科医もいる。

厚労省の検証チームは、11人の精神保健指定医にカルテを検討してもらった結果も踏まえ、措置入院の手続きや解除の判断に特段の問題はなかったとした。ただし診療内容や退院後の支援は不十分だったとした。一方、容疑者をどう診断するか、精神障害が事件の原因かについては誰も明確な見解を出せず、正式に精神鑑定をしないとわからないという。

池田小事件の報道の苦い教訓

精神科の入通院歴や診断名があてにならないと強調するのは、2001年6月に起きた大阪教育大付属池田小事件（8人死亡）の教訓があるからだ。

池田小事件の犯人は、統合失調症（当時の呼称は精神分裂病）などの診断で過去に何回も入院していた。事件の2年前に勤務先の小学校でお茶に薬を混入した傷害事件で逮捕後、措置入院になった時期もあり、精神科に通院を続けていた。

このため、精神病による犯行という前提に立った初期報道が行われた。筆者自身も事件翌日の朝刊に、措置入院をめぐる課題を伝える大きな記事を書いた。

ところが人物像や過去の行動を調べていくと様相が変わり、やがて本人が病気を装い、関係者をだましていたことがわかってきた。裁判では、証人出廷したすべての医師と鑑定人が精神病を否定し、過去の病名について「保険請求のための診断名」「前の医師がそういう病名をつけていたから」という証言もあった。

結局、精神病ではなく、極端な人格だとして完全な刑事責任能力を認めた一審判決が確定し、死刑が執行された。

途中から報道の軌道修正に努めたものの、初期報道の影響力は大きく、誤ったイメージによって精神障害者が危険視される二次被害も起きた。また、この事件をきっかけに作られた心神喪失者等医療観察法は精神病モデルで、実際の犯人像とは焦点のずれた法制度になった。

精神科医の診断も、警察・検察の刑事責任能力に関する判断も、うのみにしてはいけない。入通院歴、診断名といった「事実」があっても、それが「真実」とは限らない。そのことを痛感した。

ではどうすればよいのか。入通院歴や診断名があっても、事件との関連がはっきりするまで待つしかないだろう。それは精神障害者へのとばっちり防止という人権的な配慮だけではない。何よりも重要なのは、真実から遠ざかるミスリードの報道を避けることである。

その後、他の事件の影響もあって、朝日新聞、読売新聞などは、入通院歴、病名の報道に慎重な社内指針を作った。実

際、入通院歴や診断名を添える報道は、各社とも明らかに少なくなっていた。

ところが今回は、池田小事件と似たパターンの初期報道が繰り返された。これほどの大事件で入院歴や診断名を全く伏せるのは難しいが、関連性のはっきりしない段階では大きく扱わない判断や、精神障害かどうかを留保するコメントを添える工夫があるべきではなかったか。

重度の障害者はいないほうがいい、というゆがんだ確信を容疑者が抱き、計画的に実行に移したのはなぜか。いちばん知りたい経緯はまだ解明されていない。

極端な考え方というだけで妄想とは言えない。偏った信念で行動する人間は、極左グループ、かつてのオウム真理教、イスラム過激派、ヘイトスピーチをする連中をはじめ、いくらでもいる。どんなに偏っていても、思想は精神科医療の対象にならない。

むしろ容疑者は、社会に広く存在する差別的な考え方をどこかで吸収し、有意義な着想と受け止めたのではないか。手紙の内容から見ると、障害者の殺害が社会正義であり、政府から感謝されると考えていたようだ。逮捕後に笑みを浮かべていたのは、使命を果たした満足感かもしれない。その面からも、偏った思想に基づくテロと見るほうが妥当に思える。ある種の公安事件という見方もできる。

容疑者の手紙や供述内容の伝え方は悩ましい。犯行動機を詳細に書いた文章は珍しく、事件の理解に役立つのは間違いない。だが、障害者は安楽死させたほうがよい、という人道に反する記述をそのまま投げ出して伝えると、障害者や家族に恐怖をもたらすおそれがあり、差別思想の普及拡大にもつながりかねない。政治・宗教テロの声明文、企業攻撃の脅迫文などの扱いと似たジレンマである。

今回は報道各社によって、手紙の原文を大々的に報道するか、抑え気味に扱うか、対応が分かれたが、弊害を考えるならば、容疑者の主張だけを大見出しに取らない、批判する見解を必ず添えるという工夫が必要だろう。

警察の対応の検証が足りない

相模原の事件の報道で、決定的に足りないのは、警察の対応の検証である。

まず2月の段階。殺害計画の手紙を把握し、本人と面談した警察は、なぜすぐに精神科医療にゆだねたのか、業務妨害などの容疑で逮捕や捜索をできなかったのか、それは法的な検討を経た判断だったのか。担当していたのは刑事課でも警備課でもなく、生活安全課だった。

危険な犯行計画を公言している人物を捕まえられないのが、もし法律上の不備なら、それをカバーする方策も検討する必要があるだろう。

もう一つは、3月2日の退院以降の段階だ。措置解除の連絡は行政からなかったものの、退院当日、施設近くで職員が容疑者を見かけて警察に連絡していた。警察は3月5日に施設と対応を協議して防犯カメラの設置を勧め、施設は4月23日に防犯カメラ16台の運用を始めた。

現実的な危険を警察は認識していたわけだ。施設などのパトロールを強化していたというが、容疑者の動向をマークする方法はもっとなかったのか。

対象の施設と方法を示した犯行予告がありながら、凶悪犯罪を実行されてしまったのだから、神奈川県警の大失態とも言える。その問題意識を持った報道が、事件再発を防ぐ教訓を社会に残せるのではないか。警察内部への人脈を駆使し、取材力を発揮して、警察という権力の対応を問う取り組みが必要である。

2016.9.10
京都保険医新聞

続 記者の視点 63

医療は治安の手段ではない

読売新聞大阪本社編集委員　原　昌平

また事件をきっかけに政策が妙な方向へ進みかねない。

相模原市の知的障害者施設で7月に起きた殺傷事件は、弱い立場の人々が標的にされたという面でも、優生的な思想に基づく犯行という面でも、衝撃的だった。

重度障害者はいないほうがよいというゆがんだ確信を容疑者が抱いたのはなぜか。社会的背景を含めて深い部分まで解明される必要がある。その意味で、事件の原因は現時点でもよくわかっていない。

ところが、容疑者が2月19日から3月2日まで措置入院していたことから、塩崎厚労相は事件の翌日に「措置入院の解除後のフォローアップを検討したい」と発言。首相や官房長官も、厚労省を中心に再発防止策を検討するよう求めた。8月10日からは厚労省が設けた「事件の検証及び再発防止策検討チーム」が、措置入院解除後のあり方に重点を置いて議論を進めている。

だが、はたして問題は精神科医療の不備なのだろうか。

大量殺人の計画を書いた手紙を衆院議長公邸に届け、同趣旨の内容を警察や勤務先の施設に話した2月の時点で、なぜすぐ精神科医療にゆだねたのか。業務妨害などの容疑で逮捕や捜索をできなかったのか。措置解除の数日後に施設近くで本人を警察が現認して施設に防犯カメラ16台を付けさせたのに、なぜマークが甘かったのか。警察の失態はほとんど検証されていない。

措置入院の対象になる精神症状が本当にあったのかも疑問が残る。他害のおそれが明らかでも、精神障害によるものでなければ、措置入院の対象にはならない。極端な考えが精神障害とは限らない。

治安にかかわる信念や思想を医療の対象にするなら、極左グループやイスラム過激派やヘイトスピーチをする連中も、措置入院させてよいことになる。旧ソ連のように体制批判者を精神科に放り込むことにもつながりかねない。

1964年のライシャワー駐日米大使刺傷事件の後、精神障害者は治安対象として隔離収容政策が進められ、日本は世界一の精神科病院大国になってしまった。

2001年に起きた大阪教育大付属池田小事件の犯人は以前の傷害事件後に措置入院していた時期があり、当時の小泉首相が「精神的に問題のある人が逮捕されても、また社会に戻ってひどい事件を起こす」と発言し、心神喪失者等医療観察法が作られた。しかし犯人は精神病ではなく、詐病だったことが精神鑑定や裁判で明らかになり、焦点のずれた法制度になった。

今回の事件で、措置入院解除の厳格化、退院後の監視、強制通院といった方向へ進めば、入院中心から地域生活中心への移行を掲げてきた精神保健福祉政策に逆行する。

再発防止を考えるなら、命の価値に軽重をつける差別思想と社会が闘うこと、必要な時は刑事司法による対処をしっかりやることだ。

医療はあくまでも本人のためにある。差し迫った自傷他害のおそれがある時に措置入院させるのも、本人のためとされている。本人ではなく治安のため、社会のために医療が行われる状況になったら、今回の事件以上に恐ろしい。

医療研究フォーラムの
画と合同で開催します。
（開場：午後7時30分）
ョンを楽しみます。
ご記入下さい。
利用下さい。
誘い合わせの上どうぞ。
まで。
定員
先着30人
診療所向け
ってしまう時代です。
？？
解説します♪♪
んだり、一緒に
相続税のこと
定員
36人（要申込）
ームA～C
理士法人

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業
指定課題個票

指定課題 21	精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究
補助基準額	４５０万円を上限とする。
指定課題を設定する背景・目的	平成 24 年 4 月 1 日に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、都道府県の救急医療体制整備の努力義務が規定された。法の施行に当たり開催された「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書では、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について取りまとめた。その具体的な内容や、都道府県、精神科医療機関等の役割等について平成 24 年 3 月 30 日に精神科救急医療体制の整備に関する指針を示し、各都道府県において精神科救急医療体制整備事業を積極的に活用するなど、精神科救急医療体制の整備を求めている。 一方で、精神科救急医療体制については、各都道府県において、体制整備が行われ、その具体的取組内容を十分に共有できていない。それぞれの地域の実情を踏まえた効果的かつ効率的な事業展開を図ることが求められていることから、詳細な実態把握を行い、課題と解決策を抽出し、各都道府県において活用出来るガイドラインを作成する必要がある。 また、精神科救急における措置入院、医療保護入院に係る移送については、運用に地域差があることから、その要因を分析し、改善策を提案する必要がある。精神科救急医療体制の整備状況との関係性についても検討する。
想定される事業の手法・内容	有識者、医療関係者（身体救急を含む）、患者家族、相談支援事業者の専門家等で構成される検討委員会を設置し、各都道府県で行われている精神科救急医療体制の整備状況や措置入院、医療保護入院に係る移送についての調査及び整備状況の妥当性について評価や助言を得ながら、精神科救急医療体制整備事業の今後の執行や事業内容の検討に資する以下の事業を行う。 （１） 自治体における、精神科救急医療体制の好事例の収集 （２） 都道府県毎の精神科救急医療体制（身体合併症対応を含む）の整備状況の実態把握と共通の尺度に基づく都道府県毎の精神科救急医療体制の評価 （３） 措置入院、医療保護入院移送の地域差の実態の把握と要因分析 （４） 地域の実情に応じた精神科救急医療体制を整備するためのガイドラインの作成
求める成果物	・共通の尺度に基づく都道府県毎の精神科救急医療体制の評価結果 ・都道府県等で精神科救急医療体制整備を行うための効果的な取組に関する事例集 ・精神科救急医療体制の整備に向けたガイドライン ・法人のホームページにおける成果物の公表による全国への普及
担当課室/担当者	精神・障害保健課／心の健康づくり対策官（内線３１４７） 精神医療係（内線３０５８）

2016年09月17日 東京新聞 朝刊特報１面 28頁

相模原殺傷で中間報告▶措置入院後の対応不十分というが… 隔離強化より共生拡大

優生思想の克服が先

相模原市の障害者施設殺傷事件で、厚生労働省の検討チームが中間報告を発表した。植松聖容疑者＝殺人容疑で逮捕＝の措置入院後の対応などを主な問題点としているが、本当の課題は彼が殺傷を正当化する根拠にした「優生思想」にあるのではないか。優生思想の例としてはナチスの虐殺が有名だが、日本も例外ではない。障害者の隔離強化ではなく、共生の拡大こそが再発防止のカギとなる。

（安藤恭子、三沢典丈）

「障害者を抹殺する」と事件を暗示する手紙を持って衆院議長公邸を訪ねたのをきっかけに、植松聖容疑者が緊急措置入院したのは今年二月。病院は大麻による精神障害と判断し、他害の恐れが消えたとして三月に退院させたが、五カ月足らずで、相模原市の障害者施設の入所者十九人を刺殺する事件を起こした。

厚労省の検討チームの中間報告は「病院は、他害のリスクを防ぐために必要な退院後の医療支援を検討しなかった」と指摘。退院後に転居しても、支援を継続する自治体間の情報共有の態勢づくりも提言した。

だが、こうした中間報告の方向性は、裏返せば、精神障害者の追跡や強制通院制度の導入といった流れの強化へとつながりかねない。当事者団体「全国『精神病』者集団」の山本真理氏は「国が言う『支援』はこれまでも、精神障害者の治安対策と収容を意味してきた」と懸念する。

塩崎厚労相㊨に相模原障害者施設殺傷事件に関する検証結果の中間報告を手渡す山本輝之座長＝14日、厚労省で

衆議院議長大島理森様
この手紙を手にとって頂き本当にありがとうございます。
私は障害者総勢470名を抹殺することができます。
常軌を逸する発言であることは重々理解しております。し
者の腹れきった表情、施設で働いている職員の生気の欠け
日本国と世界の為と思い居ても立っても居られずに本日行動
次第であります。
理由は世界経済の活性化、本格的…
防ぐことができ…
作戦内容
職員の少ない夜勤に決行致します。
重複障害者が多く在籍している2つの園（津久井やまゆり
を標的とします。
見守り職員は結束バンドで見動き、外部との連絡をと
職員は絶体に傷つけず速やかに作戦を実行します。
2つの園260名を抹殺した後は自首します。
作戦を実行するに私からはいくつかのご要望がございい
逮捕後の監禁は最長で2年までとし、その後は自由な
下さい。心神喪失による無罪。
新しい名前（伊黒崇）本籍、運転免許証等の生活
美容整形による一般社会への擬態。
金銭的支援5億円。
これらを確約して頂ければと考えております。
…行致します。

「日本国と世界の為（ため）」に障害者を「抹殺」すると記された植松聖容疑者の衆院議長あての手紙

栃木県の知的障害者施設で今月十日、皿を食堂の床にたたき割り、施設長に「障害者は死ねばいい」などと言ったとして、威力業務妨害の疑いで、入所者の男が逮捕される事件が起きた。男は障害者が参加する催しに自分が加われないと聞き、立腹したという。

山本氏はこの事件を知り「軽微な事件でも通報し、障害者を取り締まろうという風潮の表れでは」と、相模原事件後の社会の変化を感じたという。「精神障害者はいま『自分も被害に遭うかもしれない』という不安と、容疑者との同一視による差別助長という、社会からの二重の圧力におびえている」と打ち明ける。

「相模原のような特殊な事件を障害者全体に当てはめて、危険だから医療で閉じ込めろという議論は本質じゃない。犯行動機の根底にある差別の問題を抜きにして、再発防止策をつくるなんてあり得ない」

植松容疑者の犯行が精神障害によるものか否かは今後の解明によるが、彼が障害の有無など勝手な基準で人の優劣を定め、優秀な者にのみ存在価値を認めるという「優生思想」の持ち主であったことは確かだ。

優生思想は、ナチスが二十万人以上とされる障害者を抹殺した「T4作戦」などで有名だが、日本でも二十年前まで政策としてあった。旧優生保護法だ。

同法は「不良な子孫の出生を防止する」として、遺伝性の病気や障害者たちへの強制不妊手術を定めており、約一万六千五百人が手術を受けさせられた。旧厚生省通達は手術のための身体拘束などに加えて「欺罔（ぎもう）」、つまり「だますこと」まで認めていたが、国家による謝罪や補償はなされていない。

現在も妊婦の血液から胎児のダウン症などを調べる新出生前診断や、難病や障害を尊厳死の導入議論の対象にしがちな点にも命を選別する思想がちらつく。

日本でも20年前まで強制不妊

（c）.中日新聞社　無断転載、複製、頒布は著作権法により禁止されています

2016年09月17日 東京新聞 朝刊特報２面 29頁

根深い偏見と差別意識

「相模原事件は日本社会の投影」

こうした優生思想の流れに、あらがった人たちもいた。一例は脳性まひ者の団体「青い芝の会」だ。

七〇年、横浜市で重度の脳性まひの娘(二)を持つ母親が介護を苦に、娘を絞殺する事件が起きた。世論は「殺すのもやむを得ない」と母親に同情し、減刑運動を展開した。これに対し、青い芝の会神奈川県連合会は「一番大切なはずの障害者本人の存在が抜け落ちている」と反発し、「罪は罪として裁け」と検察、裁判所に訴えて注目された。

同会の故横塚晃一氏は著書「母よ!殺すな」で、母親への同情は「障害者に対する偏見と差別意識の現れ」と記した。健常者が障害者に対して抱く「本来生まれるべきでない人間」「本来、あってはならない存在」という意識こそが差別だと糾弾した。

同会はその後も優生思想への批判を繰り広げ、その結果、九六年には優生保護法から強制不妊手術を認めていた条文などが削られ、母体保護法となった。

ただ、障害者問題に詳しい立命館大の立岩真也教授(社会学)は同会の運動を評価しつつも、優生思想が衰退していないと見る。

「(重度の心身障害の恐れがある胎児の中絶合法化を目指した)かつての優生保護法改正案の考え方は現在、出生前診断へと形を変えて生き残ったと見ることもできる。欧米各国でも普及が進み、出生前に判別が可能な障害については出生率が低下した国もある」

政策のみならず、意識の面でも根深い。茨城県の教育委員は昨年、「妊娠初期にもっと(胎児の障害の有無が)わかるようにできないのか。茨城県では(障害児が生まれることを)減らしていける方向になったらいい」と発言。その後批判を受けて、辞任した。

日本障害者協議会の藤井克徳代表は「相模原事件は日本社会の投影だ。本来ならば、背景にある優生思想を乗り越えるにはどうすればいいのか、国会で集中審議すべきだ」と訴える。

「生産性や効率が最優先され、障害者が社会の隅に追いやられている。強者の論理が幅を利かせるにつれて、一般市民までが弱者の排除を加速させている」

藤井氏は「日本は国連の障害者権利条約を一四年に批准し、障害者差別解消法も四月から施行した。形の上では優生思想の克服に努力しているが、運用が伴っていない」と批判する。

「今回の事件の教訓を生かす道は(厚労省の検討チームの)中間報告にあるような防犯対策強化や、障害者を地域から隔絶することではない。障害者が施設から地域へと出て、健常者と共生していくための具体的な支援を拡充することだ」

安倍政権 障害者政策むしろ後退

今回の事件は、海外でも大きく報じられた。ロシアのプーチン大統領やドイツのメルケル首相らは事件当日、「無防備の障害者に対する犯罪は残忍さや冷酷さで衝撃を与えた」「卑劣な犯行を知り、驚いている」などと弔電を寄せた。

当事国である日本の安倍首相も当日、事件の犠牲者を悼んで「真相の究明、再発防止に全力を挙げる」と述べた。しかし、植松容疑者が「安倍晋三様のお耳に伝えて頂ければ」(衆院議長あての手紙)などと首相に好感を抱いていたことが明らかになった後も、同容疑者をいさめたり、根底にある障害者差別や優生思想を許さないというメッセージを発していない。

一方、政府の障害者政策は後退しようとしている。厚労省は来年中にも、精神・知的障害者が受給する障害年金の地域格差をなくすという名目で、新たな判定指針を導入しようとしている。精神科医団体の推計では、新指針が導入された場合、障害の状態が変わらないにもかかわらず、七万九千人の当事者が年金停止や減額の影響を受ける。

デスクメモ

国家は共同幻想の産物にすぎない。それを半ば常識と考えてきた。しかし、幻想の根深さを侮っていたのかもしれない。相模原事件で可視化された国家主義に連なる優生思想、民進党代表選で顕在化した純血主義など、パンドラの箱が開いた感がある。うろたえず箱の底を凝視したい。(牧)

2016・9・17

(c).中日新聞社　無断転載、複製、頒布は著作権法により禁止されています

当たり前によくあること　相模原事件以前であれば警察も相手にしなかったであろうこと、いわゆる「触法障害者」収容で有名な施設「かりいほ」での事件。「触法障害者」というラベリングで分離して収容、さらにそこからさえ、相模原事件を利用して、排除する。
許せない事件です

（山本眞理）

自身が入所する障害者支援施設で「なくなればいい」　威力業務妨害容疑で男逮捕　大田原署

9 月 11 日 08:21 下野新聞

自身が入所する障害者支援施設で皿を割ったり「こんな施設なくなればいい」と発言したなどとして、大田原署は 11 日、威力業務妨害の疑いで大田原市、無職の男（34）を逮捕した。

逮捕容疑は 10 日午後 6 時 20 分ごろから 50 分ごろにかけて、容疑者が入所する同市、障害者支援施設の食堂で、ほかの入所者がいた中で「こんな施設なくなればいい」などと叫び、皿１枚を床に叩きつけて割った疑い。また男性施設長に「障害者なんていなくなればいいんだ」「障害者は死ねばいい」「おれが一人一人殺してやる」などと言い、施設の業務を妨害した疑い。

同署によると、容疑者には知的障害があり、障害のある人たちがたすきリレーをつなぐ全国規模の催しに自分が参加できないと聞き、腹を立てたという。

措置入院解除、指定医の見極め困難なら第三者機関が助言へ…兵庫県が自治体初：

yomiDr. / ヨミドクター（読売新聞）

2016 年 9 月 27 日

ニュース・解説

精神障害者を強制的に入院させる「措置入院」の解除について、兵庫県は２６日、複数の専門家で構成する第三者機関が助言する仕組みを年内に設ける方針を明らかにした。

措置入院を解除された容疑者が７月、相模原市の知的障害者施設で入所者を殺傷した事件を受けての対応で、県は「自治体としては全国初の取り組み」としている。

措置入院は、自分や他人を傷つける恐れがある患者が対象で、精神保健指定医が自傷他害の恐れがなくなったと診断すれば知事、政令市長が解除できる。

しかし、相模原市の事件では指定医の診断の妥当性が問題視された。兵庫県でも昨年、洲本市で２度の措置入院となった男が退院後に５人を刺殺した事件も起きている。

そのため県は指定医による見極めが難しい場合、助言を受けられるよう精神科病院や介護施設の関係者、弁護士などで構成する第三者機関を設ける考え。

２０１６年１０月４日

申　入　書

～「中間とりまとめ」に対する意見と要望～

厚生労働大臣　塩崎恭久　様

〒５３０－００４７
大阪市北区西天満５丁目９番５号
谷山ビル９階
認定ＮＰＯ大阪精神医療人権センター
代表理事　位 田　浩
代表理事　大 槻 和 夫
TEL 06-6313-0056　FAX 06-6313-0058

さる９月１４日、厚生労働省を中心にした「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」が事件の検証結果を「中間とりまとめ」として公表しました。

当センターは、事件をきっかけに措置入院の制度や運用の在り方の見直しのため有識者会議を設置しようとする動きに対し、精神医療を治安の道具にするような議論が予想されたことから、その設置に強く反対することを表明し、貴大臣に申し入れを行いました（本年８月１日付申入書）。ところが、上記検討チームによる「中間とりまとめ」は、当センターの懸念がまさに現実のものになるものでした。

私たちは、精神医療制度を犯罪防止のために用いるような議論ではなく、精神障害者に対する差別と偏見をなくし、精神障害者が地域で穏やかに暮らし、安心して精神医療にかかることができるような制度や社会をつくるための議論を行うことを求め、以下のとおり申し入れます。

１　「中間とりまとめ」は、容疑者の緊急措置入院と措置入院の各判断、入院中の診療、措置解除の手続、措置解除後の対応などについて、時系列をおって、現時点で把握できている事実関係をもとに、それぞれの時期における担当医や病院、自治体などの対応の問題点をあげ、事件の再発防止のための今後の検討課題を指摘しています。

はたして容疑者は精神障害者であったのかという根本的な疑問はおくとしても、措置入院制度に原因を求めようとする検討チームの議論では、犯罪防止を目的とするため、いきおい措置入院期間の長期化や措置解除後の管理や監視を強める方向につながっていかざるをえません。

たとえば、「中間とりまとめ」では、容疑者の入院中に、措置解除後を見据えた退院後の治療方針や治療継続のために必要な対応の検討が不十分であったとしたうえ、医療観察法に基づく入院医療が参考になるとしています。しかし、医療観察法に基づく入院医療は、入院期間の長期化が問題となっており、受け入れ先がないために入院継続をよぎなくされる社会的入院化が進んでいます。医療観察法を参考にすることには賛同できません。

また、容疑者の退院後の継続的医療など支援内容が検討されることなく措置解除がされたことが問題とされ、措置権限を有する都道府県知事等が退院後の支援内容や関係機関の役割を確認して必要な調整を行うことができるような制度を検討することが指摘されています。しかし、本件では入院時に措置要件を備えていたかどうかに疑問が残るうえ、仮に措置要件が備わっていたとしても、その後に措置要件が消失すれば入院を強制することはできません。上記のような制度をもうけると、措置要件がなくなっているにもかかわらず、退院後の支援

内容や関係機関の役割を都道府県知事等が確認できないことを理由に退院できず、入院が長期化する事態が生じかねません。

さらに、容疑者が措置解除後に通院治療を中断したことが問題とされ、地方自治体が関係機関による支援を調整して患者に必要な支援を確保していく仕組みや、患者が通院中断に至らないようにするするための仕組みを検討することが指摘されています。これらの仕組みについても、退院した精神障害者を保健所や病院などの監視の網の中においたり、あるいは強制的な通院を制度化することにもなりかねず、精神障害者の自由と人権を制限していくことにつながります。

「中間とりまとめ」は、措置入院制度を犯罪予防のために見直そうとするもので、精神障害者の福祉の増進を目的とする現行精神保健福祉法からも逸脱するものです。そのほか措置要件の有無を判断した精神保健指定医の資格に疑義があったことがほとんど取り上げられておらず、入院者の人権保障の視点を欠いているのではないでしょうか。

２　日本の精神医療制度のもっとも重要な問題は、世界に類をみない３０万床を超える病床数をいまだに温存し、多くの精神障害者が長期入院や社会的入院を強いられ、その自由と権利を奪われていることです。人口あたりの強制入院者数は欧州平均の約１０倍に及んでいます。措置入院や医療保護入院といった強制入院を中心とする日本政府の精神医療政策が、精神障害者は何をするか分からないから社会から排除しようとする差別・偏見を生み出し、精神障害者がともに地域で暮らす共生社会の実現を阻害してきたのです。

容疑者は、措置入院前に、「障害者は不幸を作ることしかできない」「障害者を殺すことは不幸を最大まで抑えることができる」などとして、障害者の大量抹殺を宣言した手紙を衆議院議長に提出していました。容疑者がこのような観念を持つにいたった経過や犯行動機などについては、容疑者が精神障害を有していたかどうかを含め、今後の司法手続の中で明らかにされていくことです。ただし、少なくとも事件の背景に、「劣等な障害者を社会から排除する」という優生思想が存在していたことはまぎれもない事実です。

容疑者の持っていた優生思想は、現行の精神医療制度に内在する精神障害者排除の論理と軌を一にするものではないでしょうか。

精神障害者が病院を退院し、他の人々とともに地域で穏やかに暮らすことができ、安心して精神医療を受診できる、そうした受け皿づくりを早急に進めること、このような作業を通じて精神障害者が何をするか分からないといった差別・偏見をなくしていく努力をしていくことが、優生思想に基づく今回のような事件の発生を防止することにつながっていくと考えます。

厚生労働省においては、精神科病床を減らして長期入院者と社会的入院者をなくし、精神障害者が地域であたりまえに生きていける社会の実現に速やかに取り組むことが求められています。

３　「中間とりまとめ」は、現行の精神医療制度のもとで精神障害者が地域社会で共生できていない現実に対する認識が欠けています。逆に精神障害者に対する監視と管理を強化する方向での議論が進められています。

当センターは、このような「中間とりまとめ」を前提として今後策定されようとしている「再発防止策」について、精神障害者の自由と権利を奪うような内容になるのではないかと危惧せざるをえません。

私たちは、精神障害者との共生社会を阻んでいる精神保健福祉法上の強制入院制度の廃止を含む見直しを求めるとともに、精神障害者が地域で平穏に暮らし、安心してかかれる精神医療を実現するための受け皿づくりを検討課題にすることを強く要望します。

以上