JNGMDP

World Network of Users and Survivors of Psychiatry

International Disability Alliance

２０１３年、拷問等禁止条約委員会へ　日本政府報告書へのパラレルレポート

２０１３年４月６日

序[1]

特別報告官ノワク氏、メンデス氏の2つの報告書と発言を歓迎する[2]。とりわけ彼らが障害者権利条約に従って、拷問等禁止条約というレンズを採用して保健分野およびそこにおける障害者の状況について初めて審査したことを歓迎する、
日本においては我々が背景情報で説明したように、長期間にわたり多くの人が精神病院に拘禁され、またあるいは隔離や身体拘束を強いられている。それらは少なくとも残虐で、非人道的あるいは品位を汚す取り扱いであり、いくつかの例では拷問である。日本においてはインフォームドコンセントのない医療はよく行われている
我々は心より、委員会委員が日本政府報告書審査にあたり、我々のパラレルレポートが役立つことを願っている。我々は委員会が、2つの報告書及びメンデス氏の発言の視点から、政府に対して重要事項に含まれていなかった保健分野における質問がなされるようお願いする [3]

背景情報

1 精神病院

1 日本の精神病院病床数および平均在院日数はOECD諸国において一番多い。グラフ1、2、3参照。約30万人の精神病院入院患者がおり、11万人が5年以上在院、さらに3万6千人以上が20年以上在院している。政府の推計では精神障害者の数は330万人以上である。刑務所と比較すると、受刑者数は約7万人、2011年末で無期囚は1812人である。日本では受刑者より数多い人がより長期に精神病院に監禁されている。日本のほとんどの精神病院病床は病床ではなくて、施設として機能している

2 精神保健福祉法[4]には主な強制入院には2つあり、29[5]条と33[6]条である。そして任

---

[1] 団体紹介は付属文書３
[2]拷問および他の残虐で非人道的品位を汚す処遇あるいは刑罰に関する特別報告官中間報告マンフレッド・ノワック(A/63/175) 拷問および他の残虐で非人道的品位を汚す処遇あるいは刑罰に関する特別報告官中間報告メンデス氏　(A/HRC/22/53) メンデス氏によるステートメント拷問および他の残虐で非人道的品位を汚す処遇あるいは刑罰に関する特別報告官人権理事会２２回セッション議題３　２０１３年３月４日ジュネーブ
[3] CAT/C/JPN/2
[4] Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder Full Text as Amended(Law No. 94 Dated June 23, 2006)

意入院は22条の3と4である、しかし実際この任意入院は自発的入院ではない、なぜなら退院を72時間止め病院管理者がその間に強制入院の手続きができるから [7]

33 条による強制入院は増え続けており [8]、研究者はこれは認知症の人の入院によると考えている、グラフ 4,5,参照

3 たとえ我々が精神保健福祉法の強制入院を支持したとしても[9]、日本では強制入院は非常に恣意的に機能している。なぜ各県の間で、強制入院の数は非常に異なるの

Translated by Hiromi Shiraishi, and Sachiko Ohi
http://www.npo-jam.org/en/laws.html

[5]第二十九条　都道府県知事は、第二十七条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。
２　前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する二人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

[6] 医療保護入院）
第三十三条　精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。
一　指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第二十二条の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの
二　第三十四条第一項の規定により移送された者

[7] （任意入院）
第二十二条の三　精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

第二十二条の四　精神障害者が自ら入院する場合においては、精神科病院の管理者は、その入院に際し、当該精神障害者に対して第三十八条の四の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ、当該精神障害者から自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。
２　精神科病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下「任意入院者」という。）から退院の申出があつた場合においては、その者を退院させなければならない。
３　前項に規定する場合において、精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときは、同項の規定にかかわらず、七十二時間を限り、その者を退院させないことができる。

[8] 2010 年 1 年間の 29 条の新規入院は 5706 人、33 条による新規入院は 198487 人
[9] 自傷他害の恐れのある人あるいは医療と保護の必要な人はたくさんいる。しかし、精神障害者とレッテルを貼られていない人はだれも強制的に入院させられない。これは明確な精神障害者に対する差別であり、精神保健福祉法による入院は当然にも恣意的である

か？ 公式の回答はなく、有効な解決策も取られていない グラフ６， ７， ８， ９参照
新規強制入院数 33条においての数は最小と最大で4倍以上の違い
29条においては最小と最大で17倍以上の違い
強制入院在院者数
33条 最小と最大で4倍以上の違い
29条 最小と最大で3倍以上の違い

4 約37％が閉鎖病棟に在院中
24時間閉鎖の病棟在院者数 193,243人
その他 115,372人
隔離と身体拘束の人数は増え続けている約9000人の患者が身体拘束されており、同じく約9000人の患者が隔離されている。さらに救急あるいは急性期といわれる場合、隔離と身体拘束のセットはあたかも決まった手順であるがごとく使用されている。グラフ10,11参照。
それぞれの患者について隔離と身体拘束の期間について公表されたデータはない。しかし沖縄新垣病院の医師であった道下医師は琉球放送の番組（2012年6月26日）において1年以上身体拘束されている患者さんがおり、270人中で約20人がそれほどの長期ではないが拘束されていると告白している。彼は身体拘束の理由は高齢の患者が転びやすくなっており、それを防ぐためであると説明している。
我々はこうした状態は高齢者が一度に多種類の薬を投与されて（多剤投薬）いることから生まれていると理解する。残念ながら、日本では大量及び多剤投与は高齢者のみではなくて普遍的に行われているが、とりわけ高齢者にとっては問題である。
浅井医師のグループによる隔離と身体拘束期間の報告書がある。彼らは精神病院24000床を1996年に調査しているが、34.7％の隔離、そして59.3％の身体拘束が一ヶ月以上と報告している

5 日本では身体拘束された患者が肺動脈血栓塞栓症で死亡して発見されるいくつかのケースが報告されている。[10]あるいは歩いて精神病院に入院した人が長期の拘束で歩けなってしまうという例も報告されている。身体拘束はとりわけ高齢の患者には恐ろしい影響を与える
長期にわたる身体拘束は人を殺しそして障害を与え続けている。そして全ての人に

---

10 身体拘束による死亡について公式のデータはないが、2004 年にメディアが報じたところによると、肺動脈血栓塞栓症により、東京で 5 年間に 4 人の身体拘束された患者が死亡している

おもい苦痛を与えている [11]

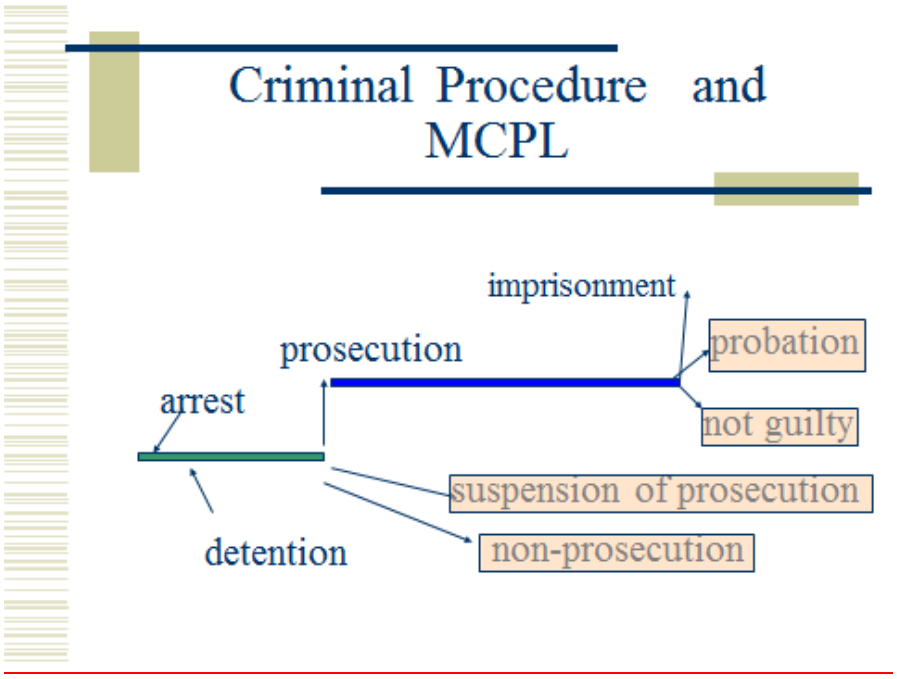
6 強制医療についての公式の記録は日本にはない、なぜなら、精神保健福祉法には、強制医療を合法化している条項がなくまだ同時に医療拒否権の条項もないからである。我々は患者の権利法を持たず、いかなる法律にもインフォームドコンセントを明白に明言したものはない
しかし現実には、拒否すれば隔離が長期化したり、強制入院が長期化するという脅しのもとで強制医療は精神病院でたくさん行われている。また家族の同意による強制医療もある、そしてたいていの精神科医は患者自身の同意のない家族の同意を持ってインフォームドコンセントと考えており、こうしたことは一般的に行われている

7 日本では精神病院の窓に鉄格子がないが、我々は窓を広く開けることができず、換気の悪さと悪臭に悩まされている。拘禁された人は新鮮な空気に触れる機会が殆ど無いかあるいは全く無く、何年も新鮮な空気に触れられない例もある。入院患者には新鮮な空気の権利がない

２ いわゆる触法精神障害者に対する特別法

8 医療観察法は2005年に施行された。
これは日本で始めての保安処分法であり、特別病院と地域での強制医療として初めてのものである、医療観察法はどう機能しているか？ 政府は、医療観察法は良い治療と社会復帰を対象者に与えるものだと説明している。
以下の図面参照 医療観察法の対象者はピンク色に塗られた地位にいる人々である

[11] 付属文書２の橋本さんの証言参照



対象者 殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつあるいは傷害の罪を犯し心神喪失あるいは耗弱とされた人で釈放された人。処遇は不定期の特別病院への不定期の強制収容あるいは地域処遇として、保護観察に3年から5年付される
この法の特別な処遇の対象となる基準は心神喪失あるいは心神耗弱の原因となった精神障害により、施設への強制収容かあるいは地域処遇の対象としなければ同様の行為を再び起こすという基準である
審判の判断は地裁で精神科医と裁判官と専門家証言による。この過程において憲法の適正手続は適用されない。[12]起訴前に医療観察法に回された人は被疑事実いついて法廷で争うことができない。我々は 冤罪者が医療観察法により自由を奪われたり人権制限をされたりする人が出ているのではないかと恐れている

9 医療観察法は、精神保健福祉法の29条33条よりも強制入院の範囲を広げ長くしている。例えば審判の前に殆どの場合鑑定のために強制入院を２から3ヶ月させられる。このような理由によっては29条でも33条でも拘禁されない。[13]
退院の決定のためには会議が必要で、その会議には病院のスタッフだけでなく保護局、保健所職員、地域支援の職員、行政職員などなどが集まり、そのため会議を頻

---

[12] **第三十一条** 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はれ、又はその他の刑罰を科せられない。
[13] あるケースでは短時間女性に抱きついて強制わいせつで逮捕され、２９条の対象ではないとして、入院させられず、従来の精神科医に通い地域の作業所にも通っていた人がいた。突然逮捕の７ヶ月後に検察に呼び出され、彼が医療観察法の対象となったと告げられた。そして彼は鑑定のために精神病院に強制入院させられ３ヶ月間隔離された

繁に開くことは困難で、３ヶ月か４ヶ月に１回しか開けない。特別病院の精神科医が退院の時期と判断しても、会議開催を２から３ヶ月待たなければならない。こうした待機の時間は精神保健福祉法ではない。 特別病院の医師および会議で退院の結論が出ても裁判所が許可しない例が出てきている
精神保健法２９条３３条では精神科医が入院の必要なしとすれば、退院させることが定められている。現実にはこの精神保健福祉法の規定を守らない精神科医がいるにはしても

10 医療観察法施行から２０１１年１１月１５日までに、特別病院への入院者は１２４１人。２９１２年末で特別病院は２８施設、７０７病床、地域処遇の指定病院は４３０病院と診療所 ２００８年で平均在院日数６０３日、中央値６２０日、２０１１年には平均７４８日中央値８０７日となっている[14]。さらにこれらの人は鑑定のために２から３ヶ月拘禁されているので、８００日以上２０１１年には８３０日以上平均で拘禁されていることになる。これは在院期間の長期化傾向をあらわしている。精神保健福祉法による精神病院の在院日数よりはるかに長い。そして１年以上隔離されている人が３人いる。

2 民間セクターによる違法な拘禁施設

11 不法に人を拘禁している民間団体運営による施設がある、我々は完全あ情報を得ることができていないが。家族に厄介者とレッテルを貼られたけれど精神保健福祉法上の入院の対象ではないあるいは家族が求めるだけ長期に入院できない人を対象としている。
２０１１年９月１日に本田氏は心道学園に訴訟提起した。２００６年彼は心道学園の４人の職員に誘拐され、３年間拘禁された。
心道学園は内閣府によって認証されたNPOであり、スキャンダルの歴史があり、例えば１９８５年に職員により殴り殺された事件、１９８８年に火事により３人が死亡した。しかし今現在心道学園は入所者を得るためホームページを持っている

12 インターネットをブラウジングするなら、こうした民間団体による施設のホームページをたくさん発見できる。
そして政府はこうしたビジネスを止めるために有効政策を何らとっていない。患者

---

[14] 日本精神科病院協会雑誌　３１巻７号　２０１２年７月　「心神喪失者等医療観察法の現状と課題」４６－５２　安藤、長田、平林

を精神病院に移送するので有名な押川氏経営のトキワ精神保健事務所株式会社[15]であり、心道学園のような施設を今経営している。我々はホームページでこの施設の外出が管理される規則があると宣言しているゆえ、ここが心道学園と同様の非合法な拘禁施設ではないかと恐れている、我々は厚生労働省にここを調査するよう求めたが、調査を開始したかも含め未だに我々は回答を得ていない

日本の２回目の定期審査に先立ち重要事項のリストと日本政府の報告

13 委員会の重要事項リストの１への回答において政府報告書の１から３は精神病院の問題に触れていない。
多くの場合、障害者とりわけ精神障害者は犯罪の被害者と認識され得ない。虐待あるいは拷問は犯罪と認識されない。精神障害者は法的能力がなく我々の証言は大抵疑われるという偏見があり、精神病院の職員は狂っていない十分な法的能力があり、よき意図のもとで働いていると考えられる。

14 暴力と虐待は精神病院でたくさんある。しかし入院患者が重傷をおったり殺されたりした時だけ、ごく少数が公になり刑法で罰せられる。
一つの例は箕面が丘病院で一人の患者が、２メートルの鉄格子に繋がれた紐で繋がれていた例である。彼は食堂でいぬおように１０年以上繋がれていた。毎日彼は食事を便器の蓋の上で食べていた。彼は入浴の時と、行政の監査が入った時に一時的に解放された。２００２年、医療保険の不正請求により閉鎖されたあと彼は他の病院に転院できた。しかし警察も検察もいかなる当局も彼の体験した虐待あるいは拷問他の人の受けたものも含め犯罪として捜査したり起訴したりしなかった。[16]彼もそして誰も犯罪被害者と認識されず、何の賠償も受けていない。添付の橋本氏の証言参照。彼女は不法な強制入院とセクシャルハラスメントを受けたが、彼女は犯罪被害者と認識されていない

---

15 http://www.tokiwahoken.com/
16 大阪新聞２００２年２月４日　夕刊

15 虐待とも拷問とも認識されていないので、彼らの経験には賠償の体制はない。拷問等禁止条約特別委員会は重要項目のパラグラフ１８a)において刑事施設における虐待と拷問に対する賠償について触れている。そして政府はこれに答えているが、精神病院におけるこれらについては全く認識されていない

16 さらに身体拘束あるいは隔離あるいは強制入院は虐待あるいは拷問であるという認識は政府の公務員、精神科医を含む精神病院の職員、市民団体の間で認識されておらず、とりわけ精神保健福祉法で合法化されている手続きによる場合は特に認識されていない。しかし、一般的に強制入院、身体拘束そして隔離の脅しは、「精神的拷問」として患者を支配するために使われている。精神保健福祉法により合法化された拉致と監禁は我々すべてにとっての脅威である

17 我々の報告書段落６で説明したように、日本では自由なインフォーウドコンセントの条文あるいはその定義を持った法律はない。それ故、同意なしの強制医療は虐待または拷問であるという認識がない。特に精神病院で精神科医による治療であるなら、それはよき意図による正当な医学的措置であり、入院患者の最善の利益のための治療であると認識される
　強制入院の理由として我々には入院に同意する法的能力がないとされており、同様に治療に同意する能力もないとされている、したがって、我々自身の同意のない治療に異議申し立てする場はどこにもない。日本では、精神外科あるいは電気ショックも含め精神病院での自由なインフォームドコンセントのない治療について刑法で罰せられた例はない

18 重要事項への政府の回答の２１４から２１８までについて。これらのことばは、我々のレポートの４と５およびグラフ１０と１１で説明した、日本の身体拘束と隔離の実態について何も説明していない。
なぜこれほど多くの人が身体拘束隔離を非常に長期間強いられているのか、なぜ身体拘束と隔離の数が増え続けているのか 政府は回答していない

19 政府は２１４において３６条を説明している。しかし実際には精神病院における行動制限は最終手段ではない。２２－３と２２－４条による任意入院御患者のうち８５２１９人が２４時間閉鎖された病棟に拘禁されている。４８％以上の任意入院の患者が拘禁されている（2010年630患者調査より）

20 指定医の免許獲得と更新の研究においては、憲法も、拷問等禁止条約を含む国際人権条約の科目がない。彼らの人権の知識は非常に貧しく、当然このことは彼ら

の行動制限の判断に影響する

21 隔離と身体拘束の数は増加し続けている。我々のレポートの4,5,そしてグラフ11にあるように約9000人が身体拘束され、同様の人数が隔離されており、しかも長期間に亙っている。医療観察法においても707人中3人の患者が1年以上隔離されている（我々の報告10参照）これらの数字は隔離と身体拘束も最終手段となっていないことを表している

22 政府報告書の215に、身体拘束の基準が説明されているが、これらはあまりに広範囲で曖昧である、「自傷のおそれが非常に高い」というのはある精神科医がテレビ番組でいった「倒れやすい」というのにも適用されるのか（我々の報告書４）そして、誰が一体「多動で不穏が顕著」であるかないか客観的証拠で判断できるのか当然指定医の判断はそれぞれの主観的判断に委ねられる

23 政府報告書の２１６において、身体拘束の記録は付けられているといっている。確かに記録はあり、法はカルテの５年間保存を求めている、しかし組織的な研究や調査の体制はなく、身体拘束の期間を減らす有効な政策もない。例えば、第三者機関による評価の体制もない。そして身体拘束の数は増え続けている
例えば我々の報告書１４にあるように、紐で繋がれていた患者さんは行政の調査の時だけ一時的に開放されていた。定期的審査は抜き打ち調査ではなく、多くの精神病院は審査受ける準備を当然していて、もちろん行政は第三者ではない

24 日本は拷問等禁止条約選択議定書を採択していない、そして第三者による監視システムがない。刑事施設においては視察委員会が不十分とはいえあるが、精神病院にはそれすらない。日本では精神病院において虐待と拷問から人を保護する方策はない

25 政府報告書２１７では精神医療審査会について説明されているが我々は皆これが有効でないことを知っている ２００９年１年間で、処遇改善の申請は２６５件、そして4.5%、１２件だけが処遇を開戦すべしとされた。これは行動制限が適切に運用されているという証拠か？ そうではない

26 日本では９０％の精神病院のベッドが私立病院にあり、行政は精神保健政策において私立病院にいたく依存している
精神医療審査会は行政から独立しておらず独立した事務局も持っていない

27 ほとんどの県で精神医療審査会のメンバーの半分以上あるいは半数は精神科医である。精神科医の多くは精神病院に雇われているか精神病院あるいは診療所の経営者である。彼らは有効なピアレビューとして働くことはできず同僚の味方として機能する

28 強制入院させられたものも含め入院患者は非常に限定された無料の法律サービスしか受ける権利がない。また一般的に患者の権利アドボケイトの仕組みもない。実際身体拘束されたり隔離されたりしているものは審査会に手紙を書いたり電話をかけたりできない。また精神科医は保護者である家族の面会も拒否できるので、保護者が患者の処遇を知ることができない。保護者[17]は殆どの場合家族であり、精神科医に依存しているがゆえに審査会に訴えることを躊躇する。それゆえ審査会への訴えはたった２６５件である

---

[17]精神保健福祉法は法対象のすべての精神障害者に保護者をつけることを命じている
（保護者）
第二十条　精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は保護者とならない。
一　行方の知れない者
二　当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
三　家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人
四　破産者
五　成年被後見人又は被保佐人
六　未成年者
２　保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人又は保佐人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立てによりその順位を変更することができる。
一　後見人又は保佐人
二　配偶者
三　親権を行う者
四　前二号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

第二十一条　前条第二項各号の保護者がないとき又はこれらの保護者がその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護者となる。

第二十二条　保護者は、精神障害者（第二十二条の四第二項に規定する任意入院者及び病院又は診療所に入院しないで行われる精神障害の医療を継続して受けている者を除く。以下この項及び第三項において同じ。）に治療を受けさせ、及び精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。
２　保護者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。
３　保護者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たつては、医師の指示に従わなければならない。

29 政府報告書の２１７において、「厚生労働省に対して行政不服審査法に訴えたり、さらに民事訴訟をすることが行政訴訟もできる」と触れている。確かにできる、しかし行政不服審査や行政訴訟で原告が勝つことは非常に稀である（橋本さんの証言参照）

30 さらに裁判に訴えることが出来る人は少数である、なぜなら多くの弁護士は精神障害者差別ゆえに代理人となることを躊躇するからである。とりわけ貧しい患者にとっては代理人を見つけることは非常に困難である。人が精神病院に拘禁されたなら、法的サービスへのアクセスは非常に制限されている

31 地方では病院や精神科医を訴えるなら、すべての医療や福祉サービスをその地域では受けることを諦めなければならない。なぜなら専門職そして行政の公務員はしばしば訴えられた病院や精神科医の見方をして団結するからである。精神障害者にとっては、これは非常に大きな障害である

32 重要事項のリストの中で委員会は強制入院に触れていない。しかし私たちが背景情報１から３で触れたように、人が強制入院させられ、長期間入院させられていることは最大の問題である。精神保健福祉法および他の強制入院審査手続きは政府の２１７で説明するようにある。しかしそれは我々の説明のように機能していない。強制入院の定期審査はあるが、定期審査は書類上のみのものであり、退院請求の結果は処遇改善請求の結果と同様である [18]

[18] ２００９年において定期審査は、３３条は８８,５０３件退院はたった４件、２９条では２,４４４件退院はたった３件。退院請求は２,０９１件で退院は６２件にとどまる

結論

33 日本では多くの精神障害者とレッテルを貼られたものが差別に直面し恣意的拘禁、身体拘束、隔離に苦しんでいる。政府は、賠償と彼らの望みと嗜好による地域生活を人権として保障して彼らを釈放すべきであるそして虐待とあるいは拷問を防ぐための効果的政策をとるべきである

34 拷問等禁止条約の視点から精神保健体制においてラディカルな変革が必要である 障害者権利条約そして拷問等禁止条約特別報告官の報告書とスピーチ[19]に沿った精神保健体制の改革が行われなければならない。精神保健法と医療観察法は廃止され、とりわけ行動制限、身体拘束、隔離、そして強制入院を許容している条項を廃止しなければならない。強制入院制度は必然的に強制医療をもたらす。医療に同意しなければ、強制入院するあるいは強制入院を長引かせるという脅しのもとで、我々は治療に「同意」する。しかしもちろんこの「同意」は自由なインフォームドコンセントではなく、粉飾された強制医療である。

---

19 「障害者に対するすべての強制的で同意のない医学的介入に対して絶対的禁止を課すこと。こうした強制的医学的介入には、同意なしに行われる、精神外科手術、電気ショック、抗精神病薬のような精神を変容させる投薬、その期間の長短にかかわらず身体拘束と隔離拘禁の使用、が含まれる。障害のみを理由とした強制的精神医療の介入を終わらせる義務は即座に適用することであり、財政的資源の不足は義務の履行の延期を正当化し得ない（A/HRC/22/53,パラグラフ 89(b)）」
「いかなる例外もなく平等を基礎として自由なインフォームドコンセントのセーフガード、法的枠組みと司法的行政的メカニズムそれは虐待からの保護を実践するための政策と実践を通すことも含む。これと矛盾するいかなる法律の条項、精神保健分野における拘禁あるいは強制的医療を許容するような条項は後見人制度そして他の代理決定を使うものも含め改正されなければならない。自律、自己決定そして人の尊厳を擁護する政策と手続きがとられること。保健についての情報が完全に提供でき受け入れでき、アクセシブルでそして良質なものとして確保されること。こうした情報は地域に基盤を置くサービスと支援が広範囲に行われるように、支援と保護の方策によって、提供され理解されなければならない(A/64/272, パラグラフ. 93)」「インフォームドコンセントなしの医療の例があれば、それは捜査され、そうした治療の被害者に対してそうしたことがやめられ、償わればならない A/HRC/22/53, パラグラフ 85(e)」
「精神保健を根拠とした拘禁あるいは精神保健施設への監禁、そして当事者の自由なインフォームドコンセントなしの精神保健分野におけるいかなる強制的介入あるいは治療を許容する法律条項の改正。自由なインフォームドコンセントなしの障害を理由とした障害者の施設収容を正当化している法制は廃止されなければならない A/HRC/22/53, 89(d).」
２０１３年３月４日の人権理事会においての彼の演説で、これについてさらに以下詳しく述べている。「精神疾患を根拠とした自由の剥奪は正当化できない。中略　わたしは精神医療心疾患の重篤さが拘禁を正当化しえずまた、自らあるいは他者の安全を守るという動機によってもそれは正当化し得ないと信じる」

35 自由なインフォームドコンセントの基準を明確にし、かつ、いかなる例外もなく我々を強制医療から保護する、一般的な患者の権利法が必要である、

36 しかし今政府は精神保健福祉法の改定をしようと計画している。この改定は単に３３条による強制入院をよりやりやすくするものであり、我々は未だこの法案を手にしていない。私たちのことが全て私たち抜きに決められようとしている[20]

添付文書2

報　告

精神科医療現場における人権侵害

橋本　容子

本報告は、日本の精神科病院において実際に起きたことであり、決して特異な事例ではない。

双極性障害により１０年余に渡る治療を受けてきた私は、あらゆる薬物療法も効果なく、病状は年を経るごとに悪化の一途をたどった。'07 年 1 月 30 日の夜、すでに半年以上続く鬱状態により通院すらできず、その苦しみが耐え難いものとなった私は、その時手元にあった眠剤を処方量を超えて飲んだ。すると、その薬のためにブラックアウトの状態となり、無意識のままさらに手元の薬を次々に飲み続け、後々確かめたところ、手元の眠剤全てを飲み干していた。それは生命に関わるほどの量ではなかったが、完全にオーバードーズであった。そして、10 年来私を治療してきた特定・特別医療法人明和会渡辺病院（以下渡辺病院）へ救急車で搬送された。翌 31 日朝 8 時頃のことだった。ブラックアウトした私は、深夜の服薬の後あたりから搬送されたその日の夕刻あたりまで、ほぼ記憶が無い。事後に父に確認したところによると、渡辺病院の渡辺医師（主治医）は、一旦救急搬送を受け入れていながら、駆けつけた父に「お帰りください」の一点張りで一切の治療を拒否しさっさと姿を消してしまった。途方に暮れた父と私は、外来に放置されながらもそこに居続けていた。やがて診療時間も終わり、職員たちも皆帰り、ただひとりある看護師だけが自発的に居残っていた。すっかり照明もおとされたその外来にただ居続けるしかなかった私たちだったが、10 年来治療を受けてきた病院と医師に治療拒否され自暴自棄となった私は、21 時頃、処置室のその場におかれていたタオルを何本か結び合わせ、それをカーテンレールに引っかけ、首を吊った。自殺をしようという明確な意志は無かったが、持って行き場のない絶望的な感情にさいなまれての行為だった。直ちに看護師に発見され事なきを得たが、これに対して知らせを受けた渡辺

20　政府は我々抜きに家族会と専門職団体に説明した、そして我々は非公式に法案は３３条を改定するものであり、一人の精神科医が強制入院を決められ、家族の誰か一人が同意のみが必要ということである。しかし同意できる人の順位や家裁による決定は削除する。脚注１７参照

医師がとった行動は、それまで全く治療関係のない独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター（以下医療センター）への唐突な紹介だった。即座に救急車が呼ばれ、父と私は医療センターへ向かうこととなったが、わずか徒歩４分の距離で隣接した自宅に居る渡辺医師は、この時、病院内には一切姿を現さなかった。看護師に電話で指示を出しただけのようだった。要するに、治療が上手くいかない厄介者の患者を、病気の経過も何も知らない医師に下げ渡すという無責任な行動で、まさにこれは、「患者の遺棄」と言える。私は、まるでゴミのように捨てられたのだ。

しかしこの時、私には一抹の期待があった。医療センターにおいて、やっとこの苦しさを和らげる治療をしてもらえるかもしれないと思ったからだ。しかし、それが誤りであったことは、すぐに解ることとなった。医療センターでは、当直の松島医師は、初対面の私に対し、ものの５分かそこらの面談をしたのみで、察するに、彼は患者の状態を見極めることなく、頭から『医療保護入院』の措置を決めていたようであった。

我が国では精神科にのみ他科には無い特殊な入院形態が存在し、『医療保護入院』とは、非自発的かつ強制的な入院で、その際は１名の「精神保健指定医」が入院の必要性を判断し、さらに「保護責任者」による「同意書」の署名が必要とされている。しかし同伴の父はその分野に暗い全くの一般人であることから、『医療保護入院』の意味が理解できず、また医師からの説明も全く無かったために、その場で同意書へのサインをすることはなかった。私の方は、10 年余に及ぶ精神医療ユーザーの経験からそのあたりのことを熟知しており、強制入院下においてどのような恐ろしいことが起こるか容易に想像できた。父に「サインをしてはダメ！」と叫びながら抵抗したものの、5〜6 人の職員によって取り囲まれ両腕を捕まれて引きずるようにして病棟へに連れて行かれた。父は呆然とそれを見ているしかなかったが、それでも治療をしてくれるものと信じて帰路についたようであった。実は、この時点で父の同意書へのサインが無い以上、彼らは重大な法律違反をしていることになる。厳密に言えば刑法上の「監禁罪」に該当するとすら考えている。

病棟に入れられると、鉄格子のはまった小さな窓がひとつだけある狭い部屋へ隔離され、注射を打たれ、両手両足、胴体に革製の拘束具がはめられ、紙オムツをつけられ、そのままひとり隔離病室に残され、部屋のドアに鍵がかけられた。やがて深夜のことだったと思うが、男と女、ふたりの看護師が私のオムツを交換するために部屋へ入ってきた。この時交換を行ったのは男の看護師で、女の看護師はただ黙ってそれを見ていた。私は男の手によって、下半身を丸裸にされ、屈辱を感じながらも、つとめて冷静な口調で「なぜ男性の看護師がいるのですか？」と問うと、女の看護師が「看護師には男も女もいますよ！」と吐き捨てるように言った。この時私は、自分が人間ではなく、単なる物として扱われていると感じ、人としての尊厳を粉々に打ち砕かれた。

翌朝目覚めると、松島医師がいきなり「退院するか？」というので「はい」と答え、朝から買い物にかけずり回って入院のための様々なものをやっと買いそろえた父が午後にやってきたとき、「退院です」と告げられた。つまり『医療保護入院』はたったのひと晩だったわけだが、強制的に入院させ、身体拘束をし、隔離をし、た以上、その病状は、重篤かつ他に如何なる方法を以てしても生命が失われることを防げないと判断されたはずだが、なんとそれがたったひと晩で快復してしまったことになる。この不自然さから思うに、患者への『医療保護入院』という処遇が、その場の一人の医師によって、安易に濫用されているとしか、私には考えられない。

退院と聞き、父は慌てて支払いの窓口へ行ったところ、その場で３枚の書面を渡された。事務員は内容について何も説明をせず、ただ手渡して「ここととここに署名、捺印してください。」と言っただけだったとのことだが、実は、その中に例の「同意書」が含まれていたのだ。急なことで印鑑を持参していなかった父がその旨を告げると、後で郵送してくれればよいからと書面を持ち帰らされたとのことだった。後に父から聞いて驚愕したのだが、このような重要な書面を、ただ形式だけの書面のよ

うに事務的かつ軽々に扱うなど、信じられないようなことが、何の疑問もなく行われていた。しかし父は、病院に迷惑をかけまいとの配慮から、その書面の意味も知らぬまま、言われたとおりに署名捺印して郵便で送ってしまった。これは、書面上の正当性を得るために、何も分かっていない父を欺いて同意を取ったも同然の行為だった。

この野蛮にして非人道的かつ不当な人権侵害による屈辱的な処遇に対し、私は、自らの尊厳を取り戻すべく、渡辺病院と医療センター及び松島医師を相手取り、訴訟を提起した。'08年8月のことだった。

一審では被告の不法行為を主張し損害賠償を求める争いだが、渡辺病院も医療センターも、ほぼ全体の行為事実は否認せず、それらは全て医療行為として何ら違法性はないと主張。非自発的入院を力づくで強制したことも合理的な医療行為であり、精神保健福祉法に照らしても保護責任者が最終的に「同意書」に署名していること、また、当日に署名しなかったとしても、明確な拒否の意志を示さなかったから、同意があったと主張した。（黙示の同意）

当方は、特に保護責任者の同意について、精神保健福祉法は厳格解釈すべきと主張し、それを裏付ける証拠として、内田博文九州大学教授（法学）の意見書を証拠提出。本件において保護責任者に同意の意志は無く、明確かつ充分な説明が無いなかで何も知らず分からず、そのために同意も拒否もできなかった事実を緻密に陳述し、証人尋問においてもその点を明らかにした。反対尋問では、被告側弁護士もその点について証人の証言を崩すことはできなかった。

しかしながら、'10年5月31日、鳥取地裁の判決は、被告側の主張を全面的に認める形で原告の請求を棄却し、当方は敗訴した。直ちにこれを不服として控訴し、同年6月、広島高等裁判所松江支部に控訴状提出。一審では事実認定のみを争ったが、控訴審からは「精神保健福祉法（33条・医療保護入院）」そのものが日本国憲法に違反しているとの主張も追加した。本来ならば、違憲訴訟は国を相手取ってのものとなるべきだが、裁判のシステム上、主張の追加はできても被告の追加はできない。つまり、違憲訴訟とすることはできたが、国賠訴訟とすることはできなかった。'11年3月、高裁判決でも敗訴。さらにこれを不服とし、同年3月、最高裁に上告。同年9月1日、上告棄却、上告審として受理しないとの決定がでた。これによって、当方の全面敗訴で裁判は終結した。これが我が国の司法の現実であった。