12130316　ネットワーク学習会

山本眞理

全国「精神病」者集団の原則の確認

差別と排外を許さない　強制医療・入院に反対する　生命の尊守

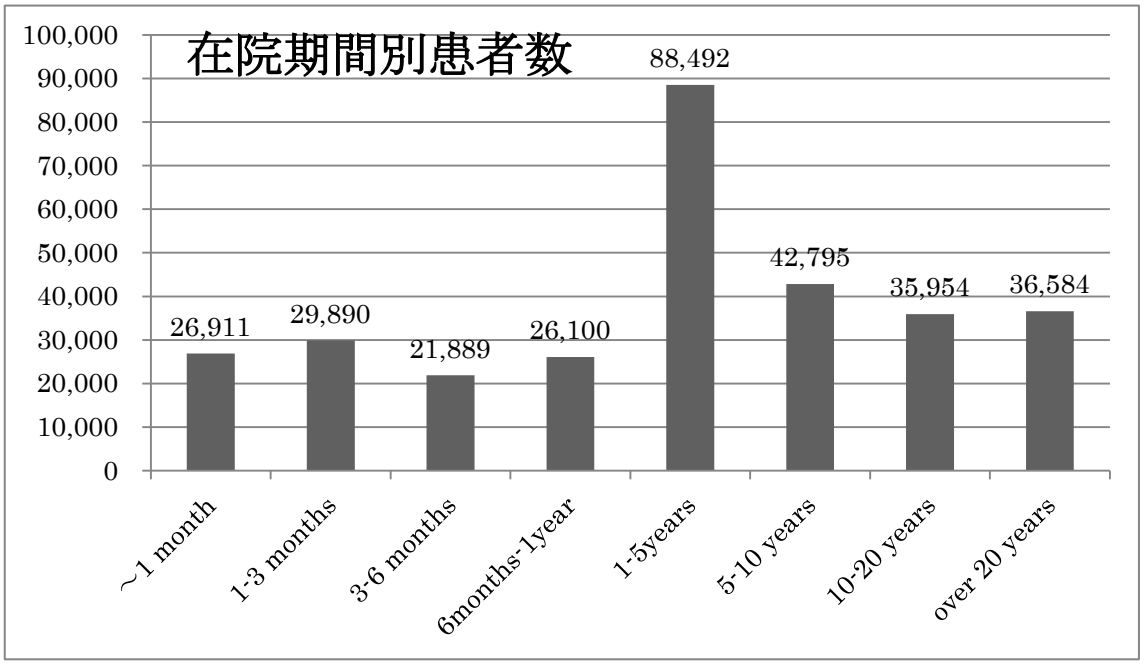
その上で精神障害者を巡る状況を見つめるために権力の政策の背後にある原則を確認

それは治安と経済の視点　ものさしは障害者権利条約

Ⅰ　実態と攻撃

１　精神病院の実態　世界に類を見ない隔離拘禁と身体拘束隔離

２０１０年６３０調査より



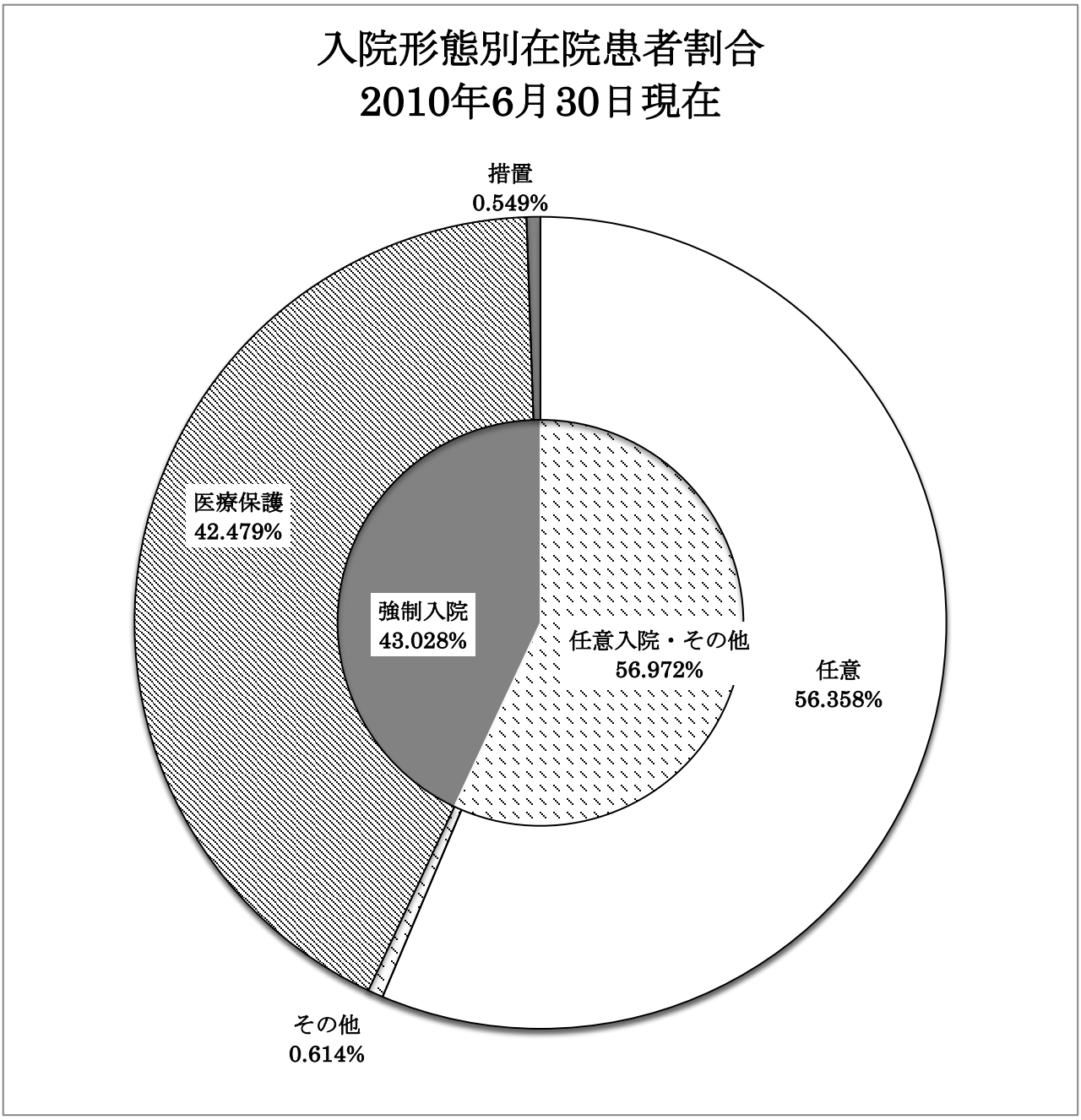
３０万人以上の精神病院入院患者、例えば５年以上の入院患者数１１万人以上　２０年以上が３万６千人以上

ちなみに刑務所では無期囚の人数は２０１１年末１８１２人　総受刑者数は７万人弱

平成 **22** 年　**630** 調査

任意入院･その他	56.972%	任意	173929	56.358%
		その他	1895	0.614%
強制入院	43.028%	医療保護	131096	42.479%
		措置	1695	0.549%

目で見る精神保健　**2010** 年度版

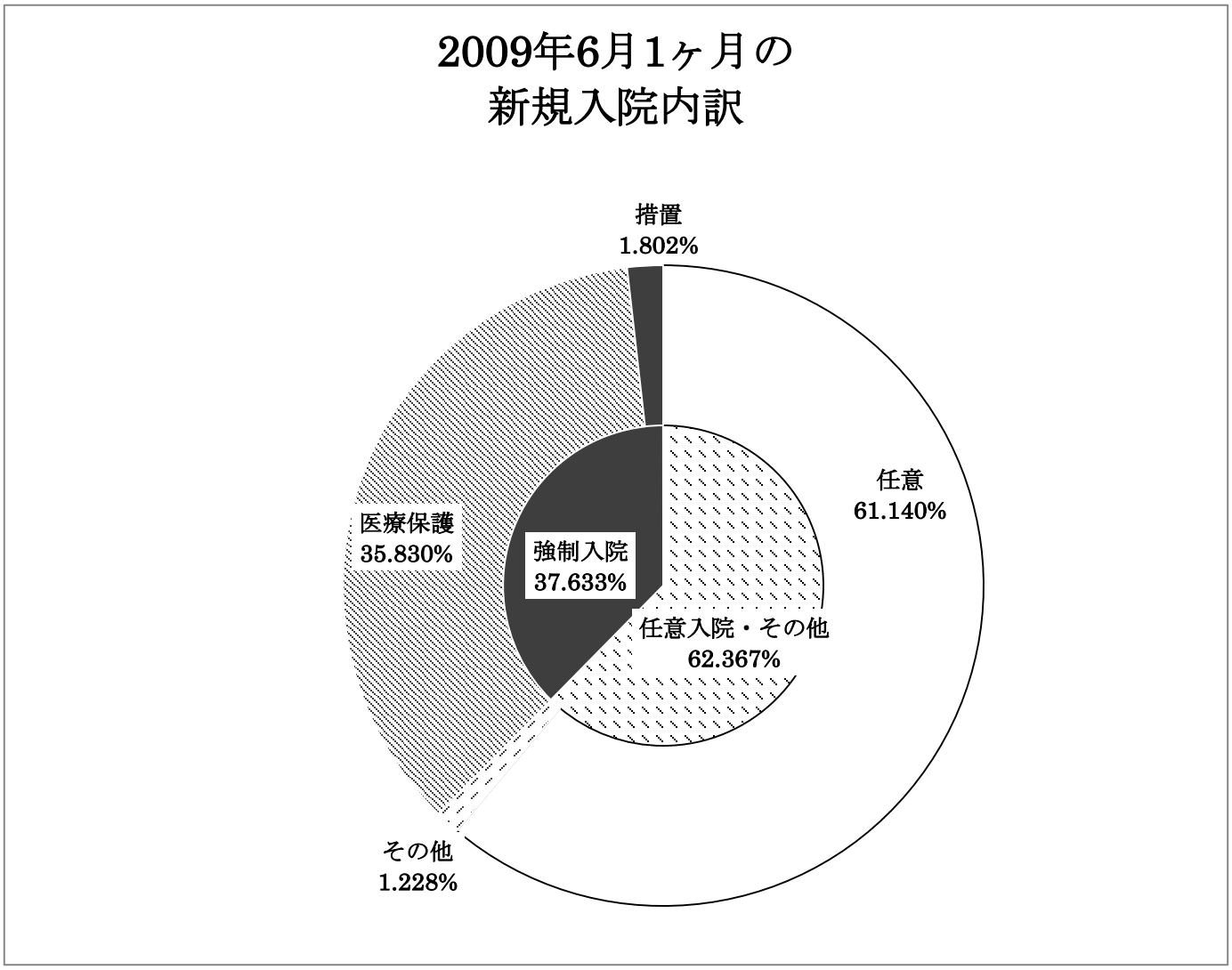


２００９年６月１ヶ月の新規入院患者

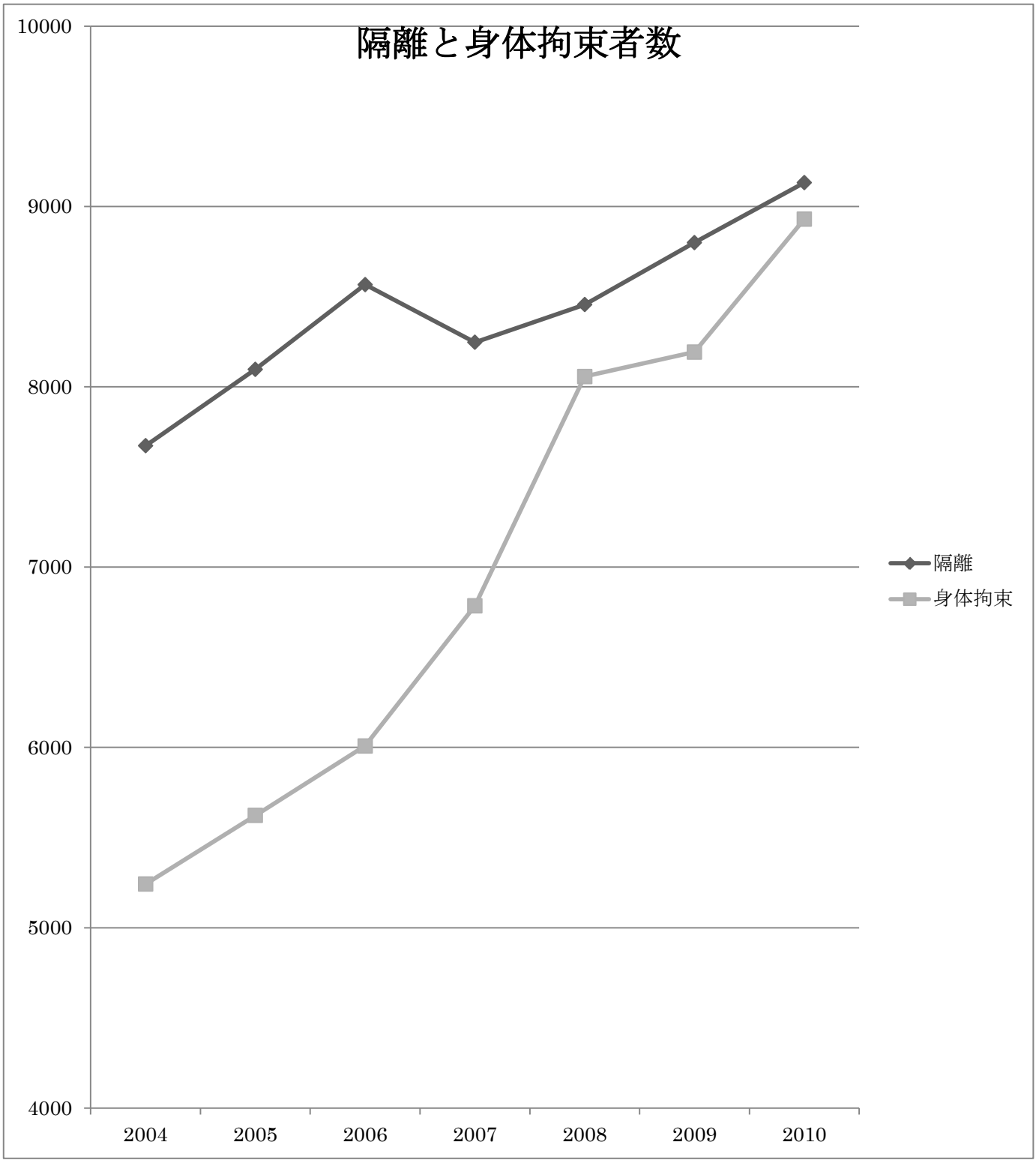
任意入院･その他	62.367%	任意	20217	61.140%
		その他	406	1.228%
強制入院	37.633%	医療保護	11848	35.830%
		措置	596	1.802%

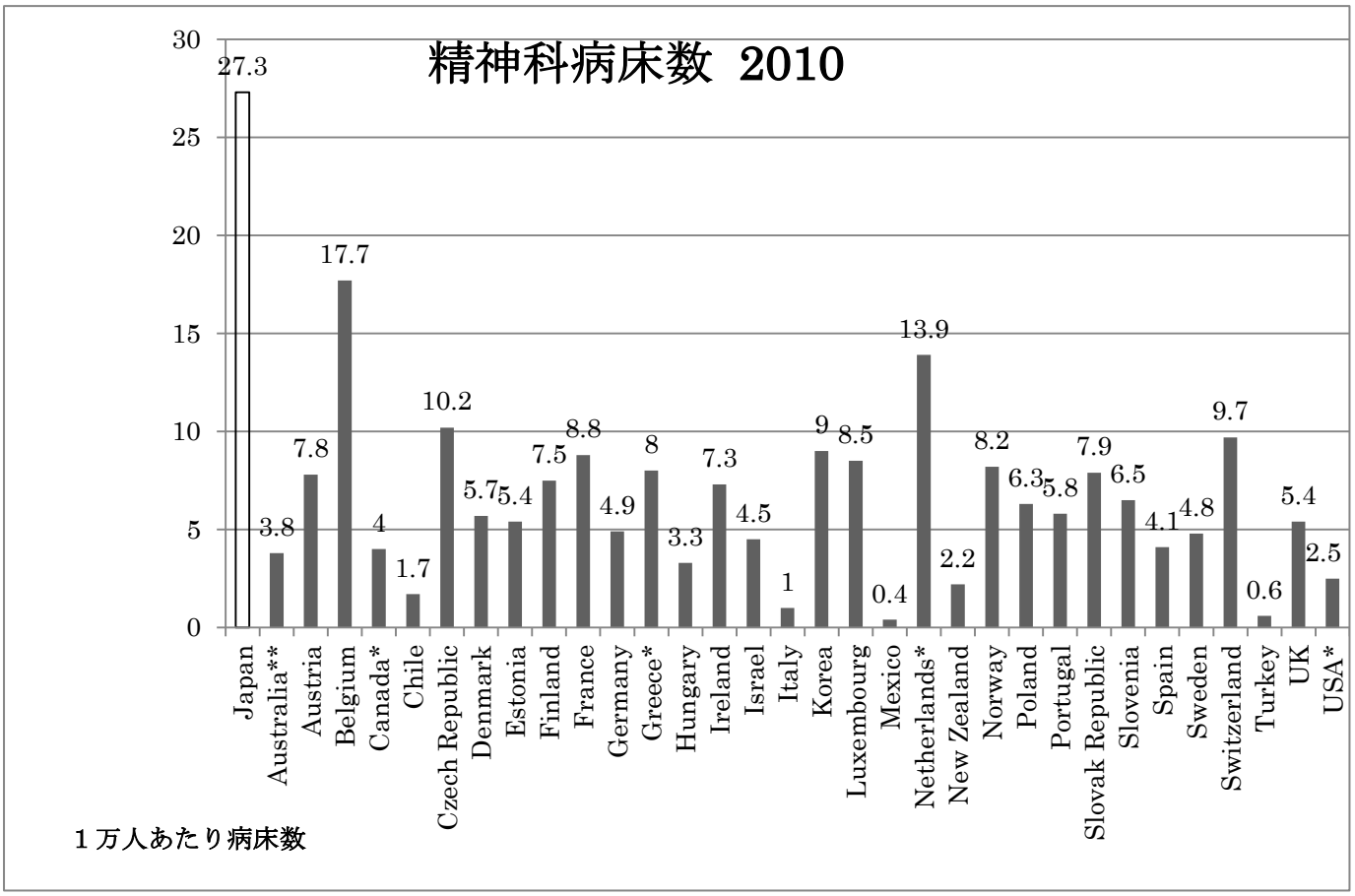
2010年　1年間　新規措置入院　5,706 人　　新規医療保護入院　198,487 人

目で見る精神保健　**2010** 年度版



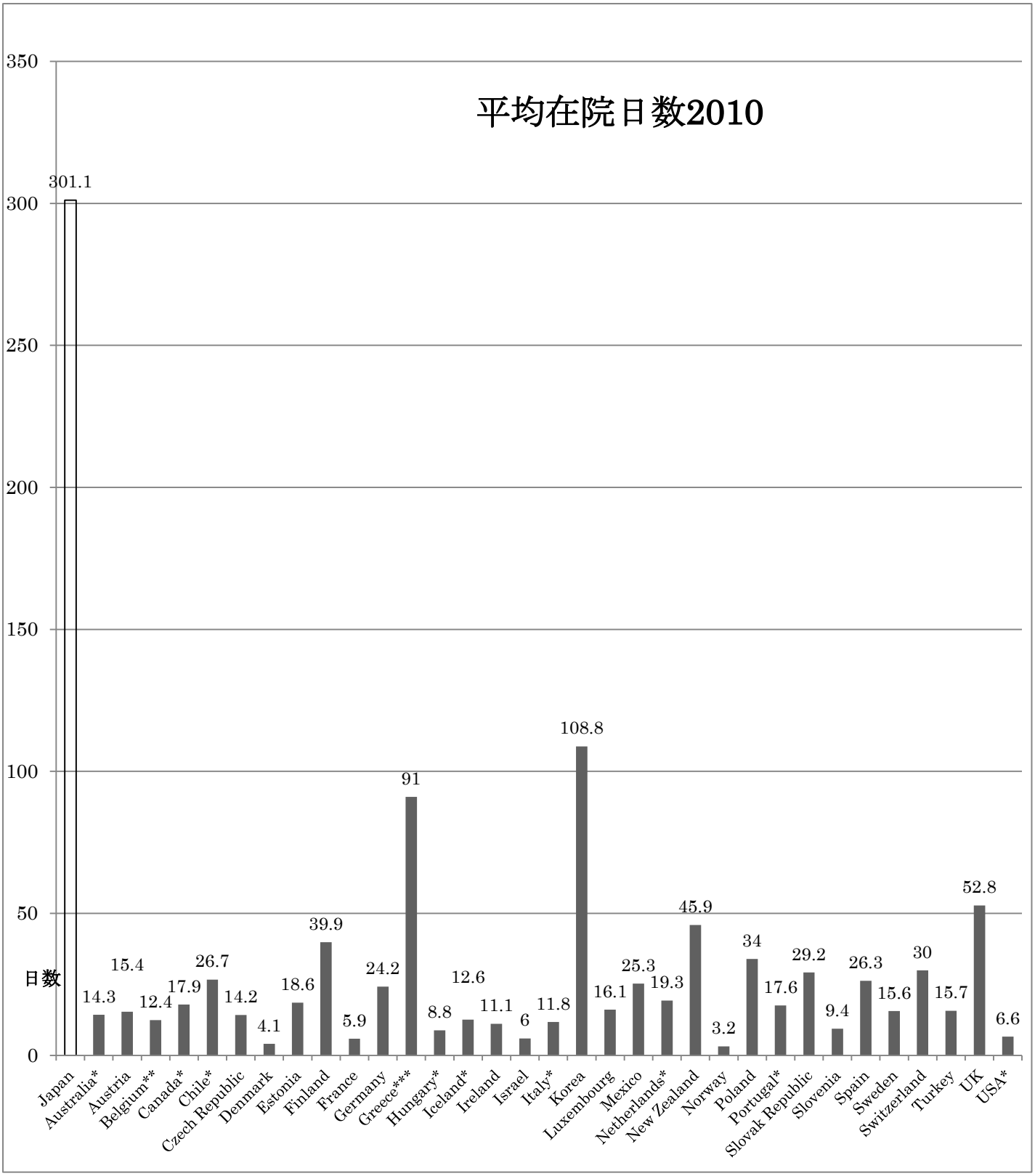
平成 **16-22** 年度精神保健福祉資料（**6.30** 調査）　それぞれ人数





OECD Health Data: Health care utilisation (OECD Library 2012 Nov)

*** 2009 data　　** 2008 data**



Japan 2010 年度　2011 年度病院報告

Others OECD Health Data: Health care utilisation (OECD Library 2012 Nov)

*** 2009 data　　** 2008 data *** 2007 data**

それでは、一般精神医療の数倍の医療費を 100%国費で行い、人出も手厚いという医療観察法の運用実態は？

迅速な医療保障や地域での医療保障を犠牲にしてまで、そして多額の予算と人的資源をかけてまで行われる医療観察法を正当化しうるとすれば、少なくとも一般精神医療よりも高い成果を上げることは最低条件　特に起訴前鑑定が行われれば半年近くも本格的医療を受けられずに人身の自由を剥奪されることになる。まさに人生被害。

厚生労働省と法務省の報告によれば概ね有効に機能している、とされているが、拘禁の長期化、自殺、退所や処遇終了までの官僚的手続きに費やされる無駄な時間、医療側が退院といっても裁判所が認めないという、逆立ちした仕組みなどなど

犠牲を正当化するだけの有効性はない

ちなみに 2013 年度予算においては、地域移行・地域定着支援などの精神障害者施策の推進という項目 262 億円そのうちなんと 213 億円 8 割以上が医療観察法予算
いかに偏った予算が組まれているか明白　こうした項目分けでの公表は初めてでは？

２　精神医療保健福祉および障害者福祉社会福祉政策の動き

①　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　および精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

結論は別添図参照

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html#shingi2

保護者制度をなくし、医療保護入院を指定医１名の判断で行う？
漏れ聞く所では、医療保護入院はそのままで、保護者の順位はなくなり家裁の船員もなくなる、要するに精神科医が結託すれば、市町村長でも扶養義務者（3 親等）の誰でも同意しそうなする人が同意すれば強制入院できることになる。いつでも誰でもいつまででも強制入院ということになる

精神病院病床の機能分化、入院は原則１年以内、１年未満の病床については特例を廃止しスタッフ充実。ただし、現在の長期入院患者のいる病床については、医師は特例以下（１００床に１人）看護についても PSW や介護福祉士作業療法士の人数で看護基準満たす。すなわち看護についても特例以下。「重度かつ慢性」とされた人については別立て？

このけたおち病棟はできるだけ開放とはあるが、開放とも強制入院患者入れないとも書いていない。

入院費払いませんといったらどうなるのか？？　強制入院閉鎖処遇にしておいて一般医療より低い水準などありえない　パチもん押し売りして代金強奪

何れにしても PSW 協会の意見書にあるようにすでに専門職団体には「精神保健福祉法改正に関する検討事項（案）」なるものが公開されているようであるが、私たち精神障害者にはそして一般市民には何も知らされていない。８７年法改定時と比較しても驚くべき秘密主義。まさに私たちのことを私たち抜きに決めようとしている。

日弁連の敵対　精神障害者は法的能力ない、措置以前の強制入院は必要

精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書
http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/opinion/year/2012/121220_2.html

強制入院の審査とはいっているが、その判断の基準実態要件は？？

別紙要旨参照

その中で医療保護入院の実体的要件として

ⅰ　精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されていること。

ⅱ　治療反応性があることを前提に、入院治療させなければ病状が悪化し、自己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれる場合であること。

としているが、

「自己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれるばあい」とは？

判断力が阻害される、すなわち「嫌」と主張していることを無効化する

いずれもこの実態要件の判断は精神科医

日弁連は他分野では条約委員会の結論を尊重しているのに、障害者権利条約については委員会の結論も国連高等弁務官事務所の意見も拷問等禁止条約特別報告官の意見も全く無視、障害者権利条約委員会は各国の報告書審査で後見人制度も強制入院強制医療も否定している　とりわけ拷問等禁止条約特別報告官は強制医療をインテグリティの侵害＝拷問と規定

なお未だ法案要綱案は公開されていないが、もし検討会のとおりに精神保健福祉法が改定されるなら精神衛生法創設以来の大改定　87 年法以上

漏れ聞く所では保護者のみなくし、医療保護入院の同意の条文は残し例えば扶養義務者等の同意、としていく程度

病床機能分化は法律事項ではなく政省令レベル。国会にもかける必要ない。こうした終末施設が公然と作られようとしている　差別の強化にほかならないが、むしろ一般を切り下げ、精神医療並みにすることで障害者差別ではないと言い始めるか？　病床全体の機能分解量法改正、病床は減らさない、と医政局長は明言

高齢者の地域生活確保ではなく安上がり収容先として、新たな箱も建てる必要もなく精神病院が活用される、さらに介護保険で「精神型老健施設」を精神病院内に作るか？（日精協の方針そして自民党公約）　精神病院入院患者の 16％あまりが認知症患者、5 万人以上が精神病院入院中（2008 年）

②　自立支援法から総合支援法に看板の掛け替え

権利性がない、介護保険優先原則もそのまま、支給決定の仕組みもそのまま　介護保険への統合を前提とした枠組みは堅持

さらに相談支援の充実というもの、サービス利用計画を事業所に作ることを申請の要件（自分で作ることも認められているが、申請窓口は指定された事業所）となり、全生活を専門職に管理されかねなないことになる。金がないのにこうした金をばらまくのは要するに蛇口絞るため？

唯一見るべきところは地域移行の個別給付化か？　ただし申請権はあっても医師意見書で支給決定ダメ、あるいは支給決定でても使える事業所がない？

例えば中野区では北は北海道、南は宮崎まで施設入所させているが、この方たちの地域

移行に採算があう報酬ではない、出張旅費実費保障すらない。八王子だって無理　事業所としてはそもそも支援必要ない人を 1 ヶ月に 2 回面会に行って「支援したことにして退院した」、ということで稼ぐしかなくなる？？　地域移行支援　最低月 2 回必須で 23000 円／月

難病が入ったことも期待されたが、結局病名による線引き？　市町村が混乱、税金ですることだから？？　重度訪問介護が精神障害者も使えるとはいっても精神障害者には使いにくい身体障害者をモデルとした類型

③　隔離収容強化の動き？

自治体による裁量で施設精神病院内にグループホーム　地方分権の流れで、国基準で禁止されていたことが条例で行われる

病床は削減できない　精神病院のみならずすべての病床の機能分化強化
今ある社会資源の有効活用として今後高齢者の施設収容、施設内から精神病院病床活用？？
医政局長インタビュー上下

病床は削減できない　http://www.cabrain.net/news/article/newsId/38775.html

医療法改正　　http://www.cabrain.net/news/article/newsId/38776.html?freeWordSave=1

孤立死キャンペーンや児童虐待キャンペーン、自治体は予防的措置？

例えば仙台の知的障害者の両親からの乳児取り上げ施設収容

今後独居の高齢者を精神病院に収容していく動き強化されるのでは？　一番簡単に引き受けてくれるのが精神病院

例　あごがしょっちゅう外れるけれど医療行為で介護者対応できず双葉病院入院　GH では身の回りのことご自分でなさっていたのに、入院後見る間に寝たきりに

④　社会福祉総体の切り捨て

端的には生活保護基準の見直し

自民、公明両党は２５日、生活保護費の削減幅について、１３年度からの３年間で８５０億円（約８％）とすることで大筋合意、その結果、最終的に９５％超の世帯で受給額が減り、削減幅に関しては約７割の世帯が５％以下、約３割の世帯は５～１０％

切り下げは参院選挙後 8 月から、これに連動しハンセンや中国在留孤児への給付金も減額、住民税課税基準が下がり多大な影響、最低賃金にも影響

生活保護基準引下げのみでなく生活保護法の改悪、扶養義務の強化、最低賃金以下労働法適用されない中間的就労

扶養義務が強化されれば自立生活も退院も不可能。家族が協力しなければ退院できない　行き着く先は生活保護の受給権請求権の否定か？

⑤ 地域の精神病院開放病棟化　施設化（動く施設、見守りが見張りに転換しないか？）

総合支援法による福祉とりわけ知的障害者に対しての介助支援が動く施設化と案じられている方向あるが、精神障害者に対しては税で行われる障害者福祉による支援が伸びるということありえないしいかにも使いにくいので、医師の処方のみで使える医療保険による地域支援を行おうという動き＝ACT

今後精神病院も ACT を行い「街が病院、お家が病室」時代到来となるか？　トリエステを日本で持ち上げることの危険性　そもそも医療による地域支配という問題をどう捉えるのか　見えないゲットーを地域につくり上げる

この ACT につながるものとしてアウトリーチ（本人の合意取れないから医療保険使えず 100％税金）

管理の尖兵としての地域精神保健福祉体制の完成は金と治安のバランスで決まり、各国のような裁判所命令による地域の強制医療体制＝一部医療観察法に取り入れられたが、全面化までいくかどうかは？　ただし技術的発展（追跡可能な物質付き薬やら位置情報発信機や盗聴技術などなどの監視技術）とご近所監視体制（＝共助見守り助けあいといわれる）があいまって、安上がりな地域監視体制は可能か？　しかし監視した結果隔離収容となればそれなりの財政は不可欠　アウシュビッツで無い限り

厚生労働省資料によれば精神医療改革の目玉はアウトリーチと精神科救急

アウトリーチの成果（？）については別紙グラフ参照

３　治安政策の動き

①　重罰化　刑罰の前倒し　共謀罪、各地の暴力団排除条例、刑の一部執行猶予＝一部実刑化　大杉さんの解説参照

罰金刑を増やしたことにより、起訴罰金が増え、したがって前科がつき次は実刑

『２円で刑務所５億で執行猶予』浜井浩一

危険運転致死傷罪を特別法　道路交通法で運転免許申請時に持病申告任意とはいえ主治医の通報

祇園暴走事件では勤務先社長も立件

＜祇園暴走＞勤務先を立件へ　容疑者の持病認識の疑い

毎日新聞 3 月 9 日(土)2 時 31 分配信

京都市東山区の祇園で昨年４月、軽ワゴン車の暴走で歩行者ら７人が死亡し１２人が重軽傷を負った事故で、運転していた会社員、藤崎晋吾容疑者（当時３０歳）＝死亡＝が勤めていた同区の藍染め製品販売会社の女性社長（７１）について、京都府警が来週中にも業務上過失致死傷容疑で書類送検する方針を固めたことが捜査関係者への取材で分かった。府警は藤崎容疑者の持病のてんかんが事故原因とみており、社長が持病を認識していた可能性が高いと判断。事故の危険性を予見できたのに、会社の業務で運転させ続けたとみている。

運転手のてんかんが原因となった事故で雇用主が刑事責任を問われるのは極めて異例。栃木県鹿沼市で１１年４月、運転手のてんかん発作でクレーン車が暴走し、小学生６人が死亡した事故でも、運転手だけが自動車運転過失致死罪で有罪が確定した。

捜査関係者によると、藤崎容疑者は約１０年前のバイク事故で頭部を強打したことがきっかけで、てんかんを発症した。０８年に同社に採用されて車での得意先回りを担当し、事故時も商品の配達中だった。社長は「てんかんとは知らなかった」として一貫して容疑を否認しているという。

府警は同社の役員や従業員全員、取引先など多数の関係者から藤崎容疑者の勤務時の様子を聴取。専務が採用前から藤崎容疑者を知っており、バイク事故の後遺症があることを同

社が把握していたことが判明。複数の従業員が、勤務中に意識が飛んだような状態になるのを見たとも証言したという。

さらに、藤崎容疑者に対して両親が鹿沼市のクレーン事故を例に挙げ、「てんかんを会社に伝えるように」と再三、忠告していた。府警はこれらの状況証拠を積み上げ、藤崎容疑者の持病は会社側に伝わっており、社長は藤崎容疑者が車の運転に適さないことを認識していた可能性が高いと判断した。

一方、藤崎容疑者の両親についても、会社に運転させないよう求めるなどすれば事故を防げた可能性があったとみて重過失致死傷容疑で捜査。しかし、両親が以前から藤崎容疑者に運転しないよう注意していたことや、勤務中の事故であることを踏まえ、刑事責任を問うのは困難と判断した。【堀智行、花澤茂人、村田拓也】

◇京都・祇園暴走事故

京都市東山区の繁華街・祇園で昨年４月１２日午後１時過ぎ、軽ワゴン車が暴走し、四条通と大和大路通の交差点などで次々と人をはねた。車は約３６０メートル暴走して電柱に激突した。府警は、運転していて死亡した藤崎晋吾容疑者を自動車運転過失致死傷容疑で書類送検する方針。死亡した女性（当時６８歳）の遺族は「使用者責任がある」として、勤務先の会社などを相手取って約６１００万円の損害賠償を求める訴訟を京都地裁に起こしている。

内田さんの朝日へのコメント以下「事故の危惧感をもっていた程度で刑事責任を追及するなら疑問が残る。企業が雇用を控えることにつながり、社会的な問題が生じる恐れもある」

予防弾圧の強化→保安処分の全面化　取り調べの可視化（仮に裁判員制度対象事件だけだとしても運用は現在より狭くなる？　すでに試行的に知的障害者に対しては全員ではないが、取り調べの一部可視化行われている）と引きかえの部屋の盗聴、司法取引などなど

http://www.moj.go.jp/keiji1/keiji14_00068.html

焼け太りと東京新聞東方部報道

刑の一部執行猶予＝刑法改悪、責任主義の否定＝やったことに対する刑罰ではなくて再犯可能性行為者主義による制裁、再犯防止のための処分

京都弁護士会声明

http://www.kyotoben.or.jp/siritai/menu/pages_kobetu.cfm?id=602

共謀罪については全国「精神病」者集団声明以下

共謀罪で、セルフヘルプグループ活動もピアカウンセリングも「犯罪」とされる私たちは仲間の絆を断ち切る共謀罪成立を許しません

http://nagano.dee.cc/0604kyobo.htm

② 自由刑から教育刑の全面化へ＝刑事司法の保安処分的運用

刑事施設収容者の法律により作業のみならず更生プログラムも義務化

例えば認知行動療法や性犯罪者薬物版へのプログラム

PFI 刑務所におけるプログラムの例

http://www.shopro.co.jp/ce/correctional1.html

法務省の性犯罪者への矯正プログラム報告書

刑務所内

http://www.moj.go.jp/kyousei1/kyousei_kyouse03.html

http://www.moj.go.jp/content/000105286.pdf

保護観察中

仮釈放の場合相対的に期間が短いので効果が上がらないとしている点が不気味

http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo01_press-release01_index.html

更生保護サポートセンター設置　法務省 2008 年より

中野にもできます。自立支援協議会相談支援部会主催座談会

愛隣会長崎モデル　検察と福祉の連携　NHK でも放送

知的障害者の再犯防げ　検察、福祉との連携模索

http://digital.asahi.com/articles/TKY201212300485.html?ref=comkiji_txt_end_kjid_TKY201212300485

知的障害者の再犯防げ　検察、福祉との連携模索
朝日新聞　2013 年 1 月 2 日

【伊藤和也】刑務所から出ては犯罪を繰り返してしまう知的障害のある人たち。その立ち直りを支援するため、検察と社会福祉法人の連携が広がっている。刑務所で更生を期待するよりも、容疑者・被告段階から福祉につないで社会復帰を促す試みだ。長崎地検に続いて年明けからは仙台、大津両地検で始まる見通しだ。

犯罪白書によると、２００７年の全受刑者の約１５％が入所２回目以上の知的障害者だった。こうした「累犯障害者」の６割が、出所から１年以内に再犯に及んでいるという法務省のサンプル調査結果もある。

対策として厚生労働省は０９年、刑務所からの出所者を対象に福祉施設への橋渡しなどを担う「地域生活定着支援センター」の設置を全国で始めた。長崎県では、雲仙市の社会福祉法人「南高愛隣会」が受け入れを拡大し、長崎地検と連携して試行に取り組む。

（１）福祉や医療の専門家で構成する委員会が地検や弁護人の依頼を受け、起訴前の容疑者や判決前の被告への支援の必要性を調べる（２）並行してセンターが受け入れ施設を探し、施設が更生計画をまとめる（３）委員会の意見や更生計画を参考に、地検が起訴や求刑を判断する――という仕組みだ。

長崎地検はこの手続きに従い、今年２月、窃盗の再犯で公判中の知的障害者に異例の執行猶予を求刑。７月にも、無銭飲食を繰り返した別の知的障害者を起訴猶予処分にした。２人とも南高愛隣会の施設に入り、社会復帰に向けた訓練を受けている。訓練を終えて企業に就職した人もいる。

仙台、大津両地検でも地元の社会福祉法人などの協力を得て、１月にも同様の取り組みを始める予定だ。

「再犯防止と社会復帰」には、検察全体として力を入れている。今年９月には全国の地検、高検のトップが一堂に会した場で、小津博司・検事総長が「犯罪者の社会復帰に本格的に目を向けること」を求めた。

東京地検でも一部の検事らが都内の福祉施設などに橋渡しをしているが、組織的に橋渡しができる枠組みづくりを目指している。

青森地検では今年、万引きを繰り返した知的障害者の男性被告の施設探しに乗り出し、受け入れまでこぎ着けたケースがあった。しかし、入所翌日に男性が再び万引きを犯し、今度は実刑判決を受けたという。

また、保護観察付きの執行猶予を求刑する動きも各地で広がる。保護観察所と連携し、保護司らの監督下に置くことで立ち直りをめざす狙いがある。

検察幹部は「刑務所に入れることだけが更生なのか、真剣に考えなければならない。検事一人ひとりの意識改革が重要だ。失敗を恐れず、積極的に行動してほしい」と話す。

検察により執行猶予付き求刑そして遵守事項付きの保護観察付き執行猶予で福祉へ
福祉の治安の道具化　刑の一部執行猶予の先取り

「福祉の支援」をどう裁く

長崎新聞　2013 年 2 月 21 日

現住建造物等放火罪で起訴され、罪を繰り返す障害者の更生の在り方を議論する専門家機関「障がい者審査委員会」で「福祉の支援が必要」と判断された長崎市内の女性被告（５１）の裁判員裁判が３月１１日から長崎地裁で開かれることが２０日、決まった。同委員会で審査された事件が裁判員裁判で審理されるのは初めて。いわゆる累犯障害者の事件を市民裁判員がどう裁くのか、注目される。

起訴内容に争いはなく、責任能力が争点になっている。検察側は簡易鑑定で責任能力があると判断。昨年３月に女性を起訴した。これに対し弁護側は「心神耗弱で責任能力は限定的」と主張している。

弁護人が「被告に知的障害の疑いがある」として、障がい者審査委員会に審査を申し立てた。審査委は昨年７月、「社会復帰の際には福祉の支援が必要」と結論付けたという。

長崎地裁は昨年６月、弁護側が請求した精神鑑定を認めた。７月から１０月にかけ鑑定した結果「被告は犯行当時、善悪の判断と行動のコントロールに相当程度影響があったと考えられる」として、発達障害と知的障害と診断されている。

審理は３月１１、１３、１５日の３日間で、２７日に判決が言い渡される。審査委の報告書は証拠採用されていないが、被告の受け入れを確約している雲仙市の社会福祉法人南高愛隣会が運営する更生保護施設「雲仙・虹」の職員が弁護側証人として出廷、更生支援計画について証言する予定。

起訴状によると、被告は昨年２月５日、妹の家のじゅうたんなどに食用油をまいてマッチで火をつけ、鉄骨造り２階建ての家を全焼させたとされる。

◎ズーム／障がい者審査委員会

知的障害などの疑いがある容疑者、被告の事件で、弁護士や検察からの依頼に応じ、障害の程度や福祉的な支援の必要性の有無について調査する専門家機関。社会福祉士や大学教授など１０人で構成。罪を繰り返す障害者の社会復帰や改善・更生を目的とした厚生労働省のモデル事業の一環で、長崎、宮城、滋賀の３県で試験的に運用している。

西日本新聞連載　罪と更生

http://www.nishinippon.co.jp/nnp/feature/article5/

４　優生思想の全面化　障害者抹殺攻撃

脳死臓器移植法改悪　１５歳以下の最初のドナーは自殺者

しかし公表資料はなし

尊厳死立法

出生前診断　論理的には母体保護法には胎児条項はないので障害を理由とした中絶は違法、したがって胎児条項新設の流れか？　すでに現場の医師等専門職は優生保護法改悪阻止＝胎児条項新設阻止、そして優生保護法廃止の闘いを知らない　ましてや若い世代の子供を作ろうという一般の人達は知らない

以上労働問題、原発、改憲、その他多々落ちている点は多々ありますが、とりあえず私が追っかけてきたところということで

少なくとも私達「精神病」者にとって重要な視点「治安と経済」という目から全てを見つめ続けること、精神障害者だけ、ホームレスだけ、障害者だけが良くなる事はありえないという視点も維持し続ける必要がある

Ⅱ　これらの動きに対していかに戦うか、対抗の動き

闘いの軸としての障害者権利条約

障害者権利条約はまさに障害者団体が作ったもの、起草委員会委員 40 名のうち 12 名が障害者団体および NGO から、前例にしないという条件であれ、特別委員会では常に障害者団体からの発言が認められた。障害者団体は地域障害種別を超え障害コーカス（ICD）を作り団結して権利主張を行った。国内でも日本障害フォーラムが日本政府および国連に権利主張し続けた。JDF は国際的に最もラディカルな強制入院廃止意見書を出したこと要確認

私たちを抜きに私たちのことを決めるな　この原則は障害者団体感でも適用され､ICD 内でも JDF 内でも貫徹されてきた（JDF においては少なくとも条約に関しては）

国内の動き

１　国内の動き、障害者権利条約批准、そして違憲訴訟基本合意、障がい者制度改革推進会議　障害者政策会議　これらに対するあるいは参加する闘い

年表

障害者権利条約を元とし批准に向けた障害者制度改革への動き

2009 年 3.月 5 日　　政府の障害者権利条約批准方針断念（JDF の意向に基づいて）

2009 年 8 月～9 月　　政権交代、政府より自立支援法訴訟に関する和解申し入れ

2009 年 12 月 8 日　　障がい者制度改革推進本部発足

2010 年 1 月 7 日　　障害者自立支援法違憲訴訟原告団と国　基本合意文書締結

2010 年 1 月 12 日　　障がい者制度改革推進会議発足

2010 年 4 月 27 日　　障害者総合福祉部会発足

2010 年 6 月 7 日　　**※障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)**

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken1-1.pdf

2010 年 6 月 29 日　　**上記第一次意見の主要部分の閣議決定**

2010 年 11 月 22 日　　差別禁止部会の発足

2010 年 12 月 3 日　　いわゆる「つなぎ法」の可決成立

2010 年 12 月 17 日　　**※障害者制度改革の推進のための第二次意見**

（障害者基本法の改正案への提言）

その 1
http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1-1.pdf

その 2

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1-2.pdf

2011 年 7.月 27 日　　**障害者基本法の改正**

2011 年 8 月 30 日　　**※障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言**

－新法の制定をめざして

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/dl/0916-1a.pd f f

2012 年 2 月～3 月　　「障害者総合支援法案」の厚労省案・与党案の公表

2012 年 6 月 20 日　　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の成立

2012 年 7 月 23 日　　障害者政策委員会の発足

2012 年 9 月 14 日　　**※「障害を理由とする差別の禁止に関する法制」についての差別禁止部会の意見**

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/pdf/bukai_iken1-1.pdf

2012 年 12 月 17 日　**※新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見**

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/pdf/kihon_keikaku/honbun.pdf

※印は、政府に対する意見書(これまでに 5 つのタイトルを取りまとめ)

添付資料参照

２　国際的動き

WNUSP および IDA が精力的に働きかけている。障害者権利条約、それに基づく各人権条約・国際人権基準の見直し

今進行中は拷問等禁止条約、自由権規約、被拘禁者の処遇最低基準

３　各団体および運動の動き

？？？

一言でいわばバラバラ　それぞれ蛸壺化、共闘への動きたち切れているのでは？？

障害者権利条約、拷問等禁止条約とりわけインテグリティの侵害＝拷問という視点、そしてその他の人権諸条約、憲法から人権という視点で総点検が必要では

インテグリティは非常に理解が難しい概念であるが、障害者権利条約長瀬・川島訳は「不可侵性」政府仮訳公開中のものはなんと「健全」政府の批准か？という時の仮訳は「あるがまま」

例えば領土のインテグリティと言えば領土の不可侵性、拷問禁止の目的はインテグリティの保護　あるがまま自分の人格の核心といったような意味か？　たとえば日記

の盗み読み、盗聴盗撮などはインテグリティの侵害、強制的な矯正、人格改造はインテグリティの侵害の最たるものであり、強制的矯正医療はまさにインテグリティの侵害＝拷問　すなわち犯罪

【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３Ｒ）】

入院制度に関する議論の整理（平成24年6月28日）

（概要）

＜精神保健福祉法で定める入院制度＞

○ 自傷他害のある人を対象に都道府県知事が行う措置入院、本人が入院に同意する任意入院のほか、両入院に該当しない人で、保護者の同意を要件とする医療保護入院の3種類が定められている。
（※）「保護者」は、精神保健福祉法に基づき精神疾患のある人につき一人決められることになっている。

○ 1年間に精神科病院に入院する**38万人の4割（14万人）**が医療保護入院による入院

○ このほか、本人の同意を得られない場合に、医療保護入院のために移送させる仕組みもある（「34条移送」）

＜医療保護入院の課題＞

○ 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**。

○ 入院の必要性があっても**保護者の同意がなければ入院できない**。

○ 保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、**入院が長期化しやすい**。

○ 本人の意思に反し保護者の判断で入院させるため本人との間にあつれきが生まれやすく、**保護者には大きな負担**。

医療保護入院の見直し

① **保護者による同意を必要としない入院手続き**とする。

② 本人の同意によらない入院の期間をできる限り短くするため、**入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入**する。
- ◆入院当初からの院外の地域支援関係者の関与
- ◆入院期限の設定と更新の審査の実施　等

③ 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。

④ 早期の退院を促進するよう、**入院に関する審査を見直す**。
- ◆精神医療審査会（都道府県の精神保健福祉センターに設置）に、退院に向けた具体的な指示を行う権限を新たに付与
- ◆必要な人には精神医療審査会が病院に出向いて審査　等

退院後の地域生活の支援

・本人を含め病院等関係者が治療計画を作る仕組みの導入
・急に症状が悪化した場合、1週間など期間限定で医療的支援を行う短期宿泊支援の導入

入院の契機（34条移送関係）

・34条移送の保護者の同意要件は外す。
・対象者の緊急性の要件の撤廃
・事前調査の明確化と地域支援関係者の参画

措置入院

・保健所の関わりの強化（入院中・退院時への関与を明確化）と相談支援との連携　等

今後、本人の同意によらない入院の状況を踏まえながら、今回の議論を終着点とすることなく、よりよい仕組みを目指して、検討を深めて行くことが必要。
また、こうした仕組みの運用が担保されるように一定期間ごとに評価するとともに、検証し、よりよい仕組みとなるよう見直しを行っていくことが必要。

1

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

＜精神科医療の現状＞

○ 新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。 一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）

○ 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

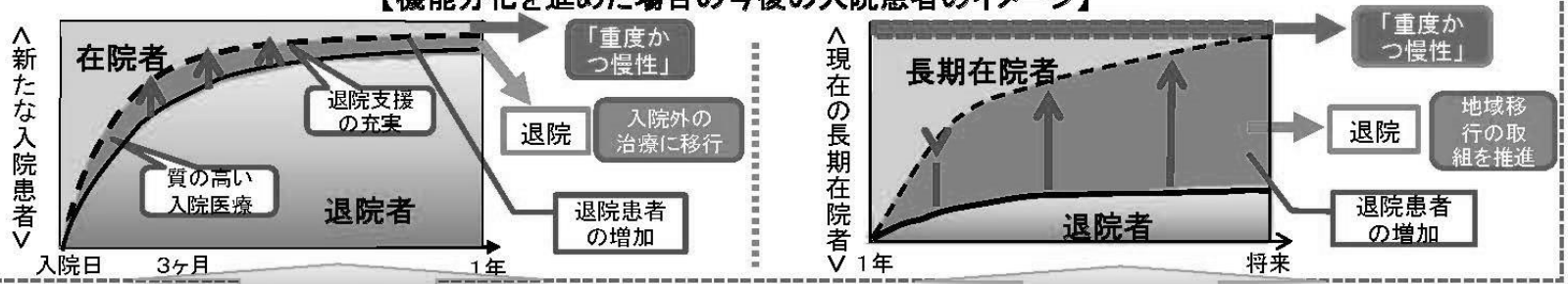
＜精神病床の今後の方向性＞

○ 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。

○ 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。

○ 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



○3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○3か月～1年未満について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。

○重度かつ慢性について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。

○精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

○現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。

医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。

さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書

２０１２年１２月２０日

日本弁護士連合会

本意見書について

日弁連は、２０１２年１２月２０日付けで「精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書」を取りまとめ、厚生労働大臣に提出いたしました。

本意見書の趣旨

１　現行精神保健福祉法は、保護者に過重な負担を負わせるだけでなく、患者を強制的に入院させるという制度の責任の所在を曖昧にし、事実上保護者の不同意により退院できずに社会的入院が生じているという現状に鑑み、保護者の義務規定及び医療保護入院における保護者同意の要件を速やかに廃止すべきである。

２　保護者同意の要件を廃止した後に想定すべき入院制度（以下「改正入院制度」という。）は、精神疾患の治療は通院治療によることが原則であることを踏まえ、慎重に制度設計がされることが不可欠であり、（病識がないこと等から医療の必要性を判断できない患者に対しても）医療を受ける権利を保障し、通院治療により地域で生活できる状態の回復を図ることを制度の目的とし、この目的達成のための必要最小限のものとすべきである。

３　したがって、改正入院制度は、入院時の審査として、次の実体的要件及び手続的要件を満たさなければならない。

(1) 実体的要件

①　精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されていること。

②　治療反応性があることを前提に、入院治療させなければ病状が悪化し、自

己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれる場合であること。

（2）手続的要件

①　医師は、患者に対して現在の病状並びに治療の方針、効果及び見通しを説明すること。

②　(1) の要件判断は指定医２名による判定を必要とし、うち１名は当該入院先精神科病院の常勤又は非常勤の医師でない者によること。

③　急を要する場合、入院時には少なくとも１名の医師による判定で足りるが、入院から７２時間以内に２名の医師によって判定がなされること。

④　前記の指定医２名の「判定意見」、入院先精神科病院作成による「治療計画及び退院計画の記載された入院届」を、入院時から１０日以内に当該都道府県に設置された精神医療審査会に提出するものとし、同審査会は、入院届の提出から１週間以内に入院の必要性について審査し結論を出すこと。

この審査においては、審査会の構成員が患者から直接意見を聴取しなければならないこと。

⑤　入院に当たっては、患者に必ず代弁者を付けること。

４　改正入院制度における入院期間の設定は、当初は３か月以内とし、３か月を超えて入院させる必要がある場合には、当初の治療計画及び退院計画の修正が必要な理由、修正後の治療計画及び退院計画の提出を受け、再度、前項の精神医療審査会の審査を受けるものとすること。

再審査によって入院継続が認められた場合の入院期間は、当初の入院時から最長１年間を超えることができないものとすること。

５　入院患者に対しては、入院直後から退院のための環境整備に向けた専門家を付け、具体的に退院に向けた活動がなされること。

６　改正入院制度における実効性ある審査のため、現在の各都道府県の精神医療審査会の態勢を抜本的に拡充し、審査会の機動性及び権限強化を図るととも

に、審査会の決定に対する裁判所への不服申立制度を創設する等、審査手続における患者の適正手続の保障を全うすること。

７　改正入院制度の費用負担は公費によることを明らかにし、患者から徴収しないこと。

８　患者の地域で暮らす権利を実質的に保障し、入院を必要以上に長期化させないため、患者が地域で生活できるよう居住環境を具体的に整備し、また、アウトリーチ支援を充実させるなど、地域精神医療体制や保健福祉政策を充実させるよう、地域精神医療及び保健・福祉の総合的な計画を企画･遂行すること

表題 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正に関する意見

日付 １）2013年２月21日　２）2013年３月１日

発翰番号 １）JAPSW発第12-288号　２）JAPSW発第12-296号

発信者 社団法人日本精神保健福祉士協会　会長　柏木　一惠

提出先 １）自由民主党　政務調査会　障害者特別委員長　衛藤　晟一　様

２）公明党　厚生労働部会　部会長　渡辺　孝男　様、障がい者福祉委員会　委員長　高木　美智代　様

時下、ますますご清祥のこととお慶び申しあげます。

平素より、わが国の精神保健医療福祉施策の発展充実にご尽力をいただいておりますことに、衷心より敬意を表します。

さて、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）の一部改正案が今国会に提出される予定と伺っております。

つきましては、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部から示された「精神保健福祉法改正に関する検討事項（案）」（以下、「検討事項（案）」という。）に関して、下記の通り本協会の意見を申しあげますので、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

記

１．「Ⅰ　精神科医療の将来の方向性」について

精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて国が掲げた「入院医療中心から地域生活中心へ」を具体化していくためには、精神病床の機能分化、外来及び訪問型の支援の充実強化、多職種チームを基本とした医療提供の推進は欠かせないことから、厚生労働大臣が良質かつ適切な精神科医療の提供の確保に関する指針を定めることについては、全面的に賛同します。

なお、多職種による医療提供の推進については、各専門職の資質向上が必須となることから、マンパワーの育成に関しても併せて指針で定める必要があると考えます。

２．「Ⅱ　保護者制度の廃止」について

精神保健福祉法に特有の保護者制度の廃止に全面的に賛同します。

３．「Ⅲ　医療保護入院の見直し」について

１）医療保護入院の厳密化について

検討事項（案）には示されていませんが、任意入院を原則としている精神保健福祉法の理念に照らして、本人にとっては強制的な入院形態である医療保護入院が年間 20 万件を超える現状を改善するため、入院医療に代替する選択肢がないことを医療保護入院の要件とするなどの厳密化が求められます。

２）「１．入院手続き等」について

この間の議論では、家族に過重な負担を強いてきた保護者制度の廃止には、医療保護入院における入院の要件から保護者の同意を排除することも含まれているものと理解していました。

しかるに、「『家族等のうちいずれかの者』の同意」を入院の要件として残すことは、入院時における本人と家族との葛藤・緊張関係を惹起する構造になんら変わりがないことを意味します。同時に、家族であれば誰でも同意者となれることは、本人の権利擁護の観点から憂慮すべき事態を招く可能性があり、反対です。

あくまでも、家族の同意は、他の医療と同様の取扱いとして、精神科医療のみ特別な扱いとすべきではないと考えます。精神科医療に関してのみ家族の同意を法律上規定することは、精神障害者に対する差別規定と受けとめます。

保護者に代わり家族等が退院や処遇改善を請求できる規定は必要と考えます。

３）「２．早期の退院に向けた取組」について

入院後の早期から本人の退院に向けて、精神保健福祉士等をはじめ多職種が地域の相談支援関係者との連携のうえ、診療計画（退院支援計画）に基づく支援を行う仕組みを規定することは有効です。退院支援を行う地域の相談支援関係者については、医療と福祉に関する知識を有する相談支援事業所の精神保健福祉士であることが望ましいと考えます。

また、精神医療審査会の委員として精神保健福祉士を加えることについては、もとより本協会が要望してきたことであり、望ましい方向と考えます。

なお、精神医療審査会の機動性や実効性を現実的に担保する仕組みについては、早急に検討することが必要です。

４．その他

１）精神保健福祉士の資質の向上について

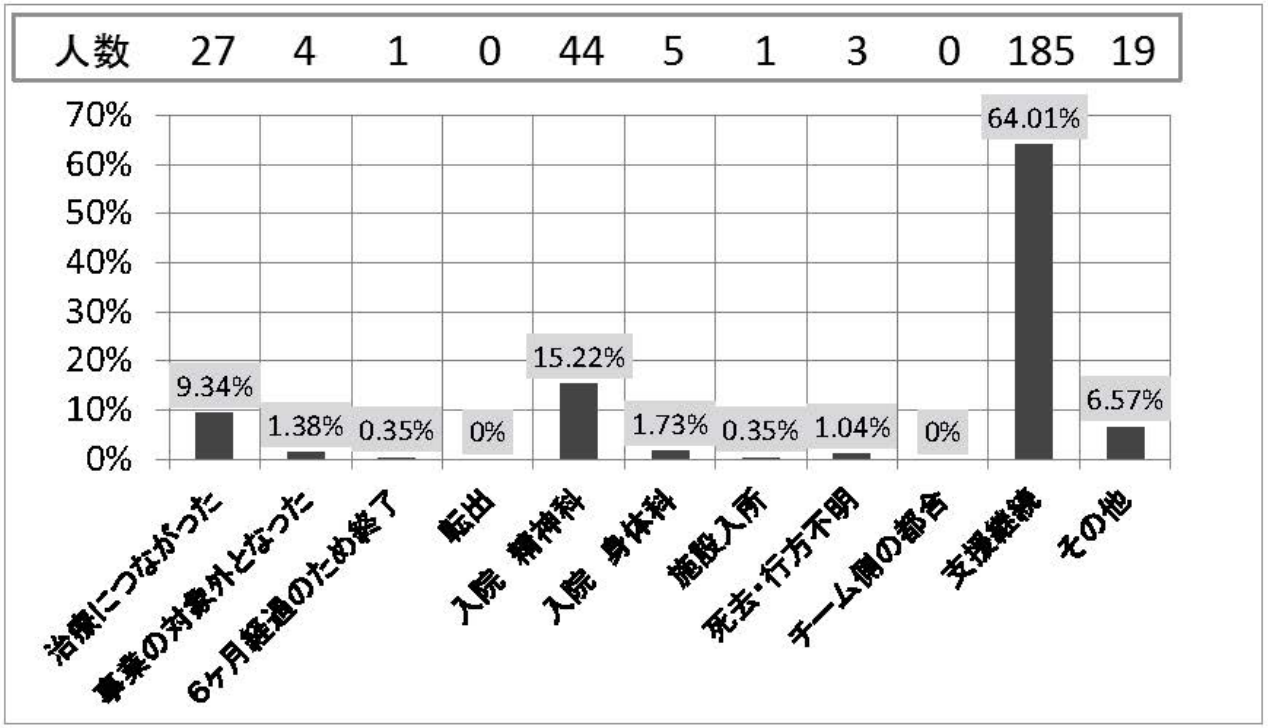
退院支援に携わる精神保健福祉士、相談支援関係者、及び精神医療審査会の委員となる精神保健福祉士には、その資質を担保するため、一定の研修を課すことが必要です。

２）法の見直し規定について

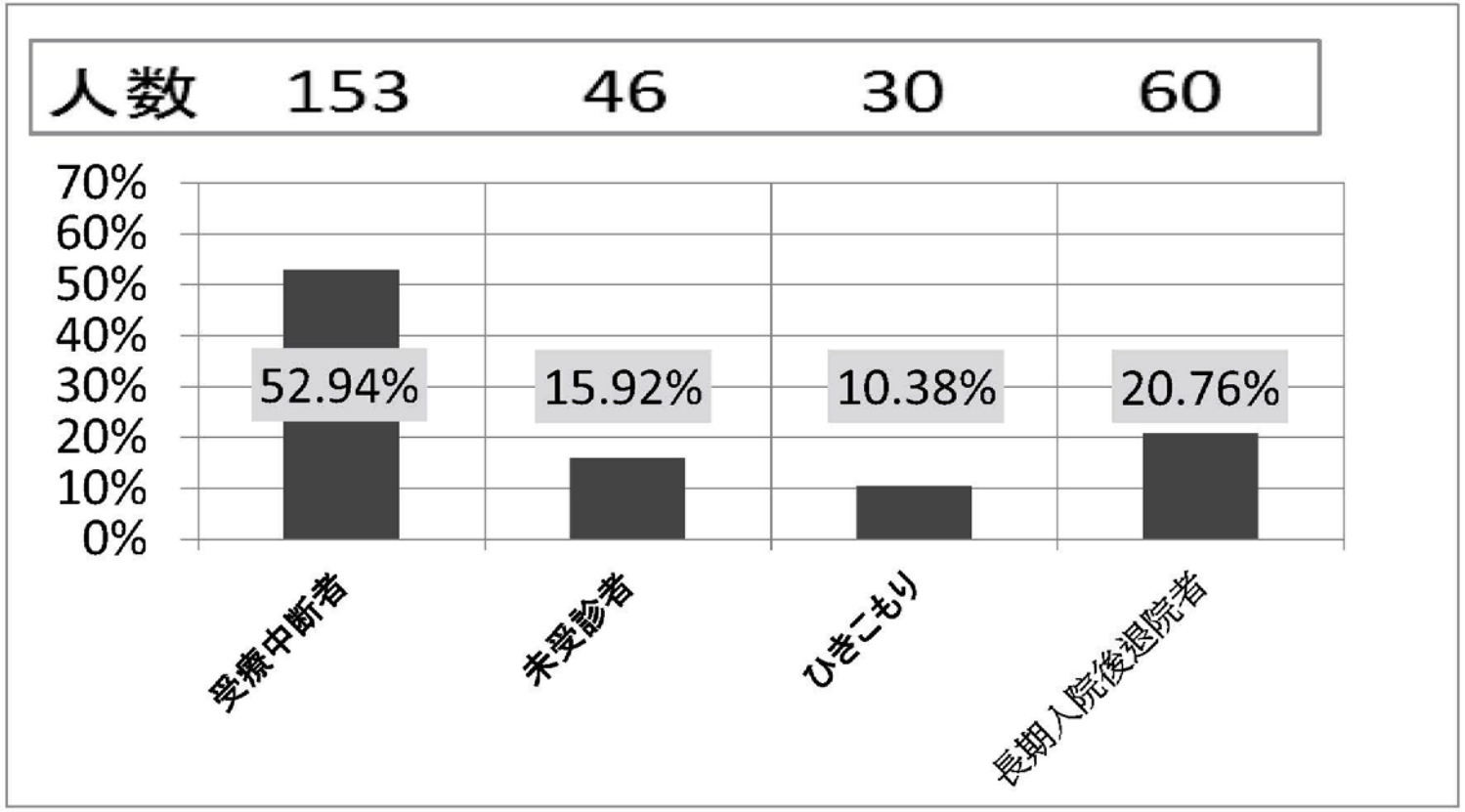
精神科医療における非自発的入院制度のあり方については、権利擁護機能の強化に向け引き続き検討を行い、今回の改正法施行後の運用状況を精査したうえで、３年から５年を目途に法の見直しを行うことを附則に規定する必要があると考えます。

以下４ページは 2013 年 2 月 25 日の厚生労働省関係課長会議資料より

精神障害者アウトリーチ推進事業
平成23年度～24年9月までの支援対象者実績
（B転帰別の分類　n=289）



精神障害者アウトリーチ推進事業
平成23年度～24年9月までの支援対象者実績
（A状態像別の分類　n=289）



精神障害者アウトリーチ推進事業
転帰が入院となった事例の報告集計
（平成23年度分）（n=20）

平成24年11月1日現在

■<u>主診断</u>　認知症（F0）…7名
　　統合失調症（F2）…13名

■<u>入院形態</u>
任意入院…4名　医療保護入院…14名
身体疾患で入院…2名

■<u>アウトリーチ開始から入院までの期間</u>
1ヵ月以内…5名、1～2ヵ月…5名、2～3ヵ月…4名、
3～4ヵ月…2名、4～5ヵ月…3名、5ヵ月以上…1名

精神保健福祉法改正の検討状況について

1. 見直しの方向性

○　精神障害者の地域生活への移行を促進する精神障害の医療を推進するため、精神障害者に治療を受けさせる等の義務を保護者に課す仕組みの廃止、医療保護入院における入院手続の見直し、医療保護入院により入院した者の退院を促進するための措置の充実、厚生労働大臣による精神障害の医療の提供の確保に関する指針の策定等について検討。

2. 主な検討事項

(1)精神障害の医療の提供を確保するための指針の策定

(2)保護者に関する規定の削除

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における「保護者の同意」に代わる仕組みの在り方

②退院促進のための体制整備や、地域の相談支援事業者等との連携

(4)精神医療審査会の見直し

障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）（障がい者制度改革推進会議）【概要】

背景・経緯

・日本の障害者福祉政策の経緯、障害者の人権確保に関する国際的な取組（「障害者の権利宣言」(1975)、「国連障害者の十年」(1983~)等）→障害者権利条約の採択(2006)、発効(2008)→締結に向け国内の制度改革へ
・「障がい者制度改革推進本部」を内閣に設置（昨年12月）・・・条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の実施
・「障がい者制度改革推進会議」の開催（本年1月～）・・・障害当事者を中心に構成し、改革の「エンジン部隊」として計14回にわたり審議

⇨ 第一次意見の取りまとめ（H22.6.7）

基本的考え方

1.「権利の主体」である社会の一員　2.「差別」のない社会づくり
3.「社会モデル」的観点からの新たな位置付け
4.「地域生活」を可能とするための支援　5.「共生社会」の実現

基礎的な課題における改革の方向性

1）地域で暮らす権利の保障とインクルーシブな社会の構築・・・
　地域移行や地域生活支援の充実を柱に据えた施策の展開
2）障害の捉え方・・・国民全体の意識改革（医学モデル→社会モデル）
3）障害の定義・・・サービスを必要とするすべての障害者を支援
4）差別の定義・・・法律における定義の明確化(合理的配慮を含む)
5）言語・コミュニケーションの保障・・・法律における定義の明確化
6）虐待のない社会づくり・・・虐待防止、被害の救済等の制度構築
7）障害の表記・・・国民各層の議論動向を踏まえた考え方の整理
8）実態調査・・・障害者及び家族の実態把握

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
○第一次意見取りまとめ →●制度改革の基本的方向を決定（6月中下旬予定）	*改革集中期間内において、推進会議又はこれを継承する審議会組織は、改革が必要な制度・施策や次期基本計画の在り方等について議論し、必要に応じ政府に対して意見提出*			
○第二次意見取りまとめ（秋から年末目途）→●制度改革の重要方針を決定 推進会議で検討	→●障害者基本法抜本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	→●次期障害者基本計画決定（12月目途）		
差別禁止部会（夏以降）で検討			→●障害者差別禁止法案（仮称）の提出（改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も検討）	
総合福祉部会（4月～）で検討		→●障害者総合福祉法案（仮称）の提出	→8月までの施行	

横断的課題における改革の基本的方向性

1）ー1 「障害者基本法」の抜本的改正

・障害の定義、差別の定義、施策分野規定の見直し・追加。改革集中期間終了後、障害者権利条約の実施状況の監視等を担うモニタリング機関（改革集中期間終了後設置）

1）ー2 改革集中期間における推進体制

・中央障害者施策推進協議会及び推進会議を発展的に改組し、改革集中期間における改革推進等を担う審議会組織を設置（改革集中期間終了後、上記のモニタリング機関へ移行）

→第二次意見を踏まえ、23年に法案提出

2）「障害を理由とする差別の禁止法」（仮称）等の制定

・障害者に対する差別を包括的に禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築

→「差別禁止部会」で検討、25年に法案提出、併せて他の関係法律整備法案も検討
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるよう検討

3）「障害者総合福祉法」（仮称）の制定

・制度の谷間を生まず、障害者が地域で自立した生活を営むことができる制度の構築

→「総合福祉部会」で検討、24年に法案提出、25年8月までの実施

個別分野における基本的方向と今後の進め方

※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定

1）労働及び雇用

・雇用率制度の在り方の検証・検討（~24年度）
・福祉的就労への労働法規の適用の在り方(~23年度)
・職場での合理的配慮確保のための方策(~24年度)　等

2）教育

・障害の有無にかかわらず共に教育を受けられる教育制度(インクルーシブ教育）の基本的方向（~22年度）
・手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策(~24年)　等

3）所得保障等

・障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討(~24年)
・住宅の確保のための支援の在り方(~24年)　等

4）医療

・精神障害者の強制入院等の在り方（(~24年)
・社会的入院等を解消するための体制 (~23年度)
・医療費用負担の在り方（応能負担）(~23年)　等

5）障害児支援

・相談・療育支援体制の改善に向けた方策(~23年)　等

6）虐待防止

・行為者の範囲、救済・監視機関の在り方　等

7）建物利用・交通アクセス

・地方のバリアフリー整備の遅れ解消の方策(~22年度)　等

8）情報アクセス・コミュニケーション保障

・情報バリアフリー化のための環境整備の在り方(~24年)
・障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策(~24年)　等

9）政治参加

・選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組(~22年度)
・投票所のバリア除去等　等

10）司法手続

・刑事訴訟手続における障害の特性に応じた配慮方策(~24年)
・司法関係者に対する研修の一層の充実　等

11）国際協力

・アジア太平洋での障害分野の国際協力への更なる貢献　等

障害者制度改革の推進のための第二次意見（平成22年12月17日障がい者制度改革推進会議）【概要】

背景・経緯

・障がい者制度改革推進本部の下で、障がい者制度改革推進会議を開催・・・平成22年1月から計29回にわたり精力的な審議
・「障害者制度改革の推進のための基本的な方向」（第一次意見）（平成22年6月） の[第二次意見に基づき、障害者基本法の改正に関する法律案を平成23年の常会に提出すべき]との方針に沿うもの

障害者基本法改正の趣旨・目的

・個性と人格を認め合うインクルーシブ社会の構築
・障害概念を社会モデルへ転換、基本的人権を確認
・施策の実施状況を監視する機関の創設

総則関係

1）目的
・障害の有無にかかわらず個性と人格を尊重する社会の実現 等

2）定義
・「社会モデル」の考え方を踏まえた障害の定義の見直し 等

3）基本理念
・基本的人権の享有主体として、尊厳にふさわしい生活を保障される権利
・権利条約における「地域社会で生活する平等の権利」の確認
・必要な支援を受けた自己決定に基づく社会参加の権利の確認
・手話等の言語の使用及びコミュニケーション手段の利用（権利条約における「表現及び意見の自由についての権利」の確認） 等

4）差別の禁止
・権利条約を踏まえた障害に基づく差別に係る規定の見直し
・差別及びその防止に関する事例の収集、整理及び提供 等

5）障害のある女性
・複合的な困難を経験している障害のある女性が置かれた状況に配慮 等

6）障害のある子ども
・障害のない子どもと等しく「意見表明権」を含む人権が認められ、地域社会において本人やその保護者等への必要な支援の提供 等

7）国及び地方公共団体の責務
・ 地域生活と社会参加に必要な支援、障害に基づく差別の防止 等

8）国民の理解・責務
・障害のない人と等しく有する障害者の権利に関する理解を深めること
・障害の有無にかかわらず、相互に権利を尊重
・事業者等は、障害者の権利の実現とその地位の向上に努める 等

9）国際的協調
・国際的協調の下で障害者施策を推進 等

10）障害者週間
・障害者の社会参加を促進する観点から位置づけ、民間団体等の参画 等

11）施策の基本方針
・社会的な要因を除去する観点から実施、障害者の性別、年齢、障害の状態に配慮、生活の実態や困難さに基づいた支援の提供
・権利条約における「地域社会で生活する平等の権利」を踏まえ実施
・施策を講ずるに当たって、障害者等の意見を可能な限り尊重 等

12）その他
・障害者等の参画を得て、障害者基本計画等を策定
・差別禁止法制を含む必要な法制上及び財政上の措置を実施
・障害者の状況、講じた施策等の概況報告を毎年国会に提出 等

基本的施策関係

1）地域生活
・必要に応じた支援の提供、障害者の地域移行の計画的推進
・利用者負担に関して、本人の所得を基礎とすること 等

2）労働及び雇用
・合理的配慮及び必要な支援の提供、生計を立て得る収入と働く機会の確保
・多様な就業の場の創出と仕事の確保
・障害者雇用義務の対象拡大 等

3）教育
・インクルーシブな教育制度の構築（障害のある子とない子が同じ場で共に学ぶことを原則）
・就学先の決定は本人・保護者の意思に反しないことを原則
・障害のある子どもに合理的配慮や必要な支援の提供 等

4）健康、医療
・人権を確保しつつ、必要な医療が提供されること
・身近なところでの必要な医療や支援サービスの提供
・難病等の治療や症状の軽減に係る調査研究の推進 等

5）障害原因の予防
・公衆衛生又は医療施策の一環として実施 等

6）精神障害者に係る地域移行の促進と医療における適正手続の確保
・地域移行の計画的推進、地域社会での自立した生活
・医療における適正手続の保障 等

7）相談等
・必要なコミュニケーション手段の提供と身近な地域での相談
・相談体制の整備、障害者自身や家族による相談、相談を行う者への必要な研修 等

8）住宅
・地域移行の促進、様々な障害者自らの必要に応じた住宅の確保 等

9）ユニバーサルデザインと技術開発
・ユニバーサルデザインの理念の施策への反映
・福祉用具等の研究開発や普及 等

10）公共的施設のバリアフリー化と交通・移動の確保
・地方部におけるバリアフリー化の計画的推進、合理的配慮を確保するための施策 等

11）情報アクセスと言語・コミュニケーション保障
・様々な情報にアクセスし、自ら必要とする多様なコミュニケーション手段等が利用できること
・障害の特性に配慮した伝達手段による災害情報の提供 等

12）文化・スポーツ
・様々な文化・スポーツ活動を可能とするための施策 等

13）所得保障
・地域社会で自立した生活ができるための年金、手当等、障害のために追加的に要する負担軽減を図るための施策 等

14）政治参加
・障害の種別や特性に応じた施策
・選挙等に係る情報の提供や投票について障害の特性に配慮 等

15）司法手続
・障害の特性に応じたコミュニケーション手段の確保
・関係職員に対する障害の理解に関する研修 等

16）国際協力
・外国政府、国際機関又は民間団体等との連携や協力
・国際協力事業全般におけるバリアフリー化の促進 等

推進体制

（国）
・中央障害者施策推進協議会及び推進会議を発展的に改組し、障害当事者等が過半数を占める新たな審議会組織を設置
・障害者基本計画及び障害者に関する基本的な政策に関する調査審議を行うとともに、施策の実施状況を監視し、必要に応じて応答義務を伴う勧告を実施
・改革の集中期間において、制度改革の推進に関する事項についても調査審議
・関係行政機関・団体等に対し必要な協力を求め、また委員の適正な待遇を確保
（地方）
・地方に置かれる審議会組織は、障害当事者等が過半数を占める構成とし、新たに施策の実施状況に関する監視事務を追加

「障害」の表記

・法令等では、当面「障害」を使用
・改革期間内を目途に一定の結論

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言（概要）

障害者総合福祉法の6つのポイント

1．障害のない市民との平等と公平
2．谷間や空白の解消
3．格差の是正
4．放置できない社会問題の解決
5．本人のニーズにあった支援サービス
6．安定した予算の確保

Ⅰ．障害者総合福祉法の骨格提言

1. 法の理念・目的・範囲

・障害の有無によって分け隔てられない共生社会を実現する。
・保護の対象から権利の主体への転換と、医学モデルから社会モデルへの障害概念の転換。
・地域で自立した生活を営む権利。

2. 障害（者）の範囲

・障害者総合福祉法が対象とする障害者（障害児を含む）は、障害者基本法に規定する障害者をいう。
・心身の機能の障害には、慢性疾患に伴う機能障害を含む。

3. 選択と決定（支給決定）

・障害程度区分に代わる新たな支給決定の仕組み。
・サービス利用計画に基づく本人の意向等が尊重される。
・協議調整により必要十分な支給量が保障される。
・合議機関の設置と不服申立。

4. 支援（サービス）体系

・障害者権利条約を踏まえ、障害者本人が主体となって、地域生活が可能となる支援体系の構築。
・「全国共通の仕組みで提供される支援」と「地域の実情に応じて提供される支援」で構成。

5. 地域移行

・国が社会的入院、入所を解消するために地域移行を促進することを法に明記する。
・地域移行プログラムと地域定着支援を法定施策として策定、実施。
・ピアサポーターの活用。

6. 地域生活の基盤整備

・計画的な推進のため地域基盤整備10ヵ年戦略策定の法定化。
・市町村と都道府県は障害福祉計画を、国はその基本方針と整備計画を示す。
・地域生活支援協議会の設置。

7. 利用者負担

・食材費や光熱水費等は自己負担とする。
・障害に伴う必要な支援は原則無償とするが、高額な収入のある者には応能負担を求める。

8. 相談支援

・対象は障害者と、支援の可能性のある者及びその家族。
・障害者の抱える問題全体に対応する包括的支援を継続的にコーディネートする。
・複合的な相談支援体制の整備。

9. 権利擁護

・権利擁護は支援を希望又は利用する障害者の申請から相談、利用、不服申立てのすべてに対応する。
・オンブズパーソン制度の創設。
・虐待の防止と早期発見。

10. 報酬と人材確保

・利用者への支援に係る報酬は原則日払い、事業運営に係る報酬は原則月払い、在宅系支援に係る報酬は時間割とする。
・福祉従事者が誇りと展望を持てるよう適切な賃金を支払える水準の報酬とする。

Ⅱ．障害者総合福祉法の制定と実施への道程

1. 障害者自立支援法の事業体系への移行問題

・自立支援法の事業移行期限終了後も一定の要件の下で移行支援策を継続する。

2. 障害者総合福祉法の制定及び実施までに行うべき課題

・総合福祉法の制定及び実施に当たり地方自治体の意見を踏まえる。
・総合福祉法の策定及び実施のための実態調査や試行事業を行う。

3. 障害者総合福祉法の円滑な実施

・総合福祉法を補完する、あるいはこれへの移行を支援する基金事業を設けること。

4. 財政のあり方

・国は予算措置に必要な基礎データを把握する。
・障害関連予算をOECD諸国の平均水準を目標漸進的に拡充する。
・財政の地域間格差の是正を図る。
・財政設計にあたり一般施策での予算化を追求。
・障害者施策の推進は経済効果に波及する。
・支援ガイドラインに基づく協議調整による支給決定は財政的にも実現可能である。
・長時間介助等の地域生活支援のための財源措置を講じること。

Ⅲ．関連する他の法律や分野との関係

1. 医療

・医療は福祉サービス及び保健サービスとの有機的連携の下で提供される必要がある。
・福祉、保健、医療にわたる総合的な相談支援が必要。

2. 障害児

・障害児を含むすべての子供の基本的権利を保障する仕組みの創設が必要。
・障害を理由に一般児童施策の利用が制限されるべきではない。

3. 労働と雇用

・障害者雇用促進法を見直し、雇用の質の確保、必要な支援を認定する仕組みの創設、雇用率や納付金制度見直し等を行う。
・労働と福祉の一体的展開。

「障害を理由とする差別の禁止に関する法制」についての差別禁止部会の意見（概要）

部会三役作成

障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備をはじめとする制度の集中的な改革

「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」
（平成22年6月閣議決定）
「障害を理由とする差別を禁止するとともに、差別による人権被害を受けた場合の救済等を目的とした法制度の在り方について」検討

差別禁止部会における検討
平成22年11月～平成24年9月
H22.11～障がい者制度改革推進会議
H24.7 ～障害者政策委員会
の下に設置

法制の制定について部会の意見
平成24年9月14日

政府において法案を作成、平成25年常会への提出を目指す

法律の必要性

- **差別に当たると思われる事案が多数存在するが、既存の法律では解決が十分ではない**
- **一方で障害への理解不足に起因する場合も、多くの国民は「差別はよくない」と意識**

何が差別に当たるのか**「物差し」**を明らかにし**社会のルールとして共有**すること
簡易迅速な**紛争解決の仕組み**等の法的な保護の仕組みを用意すること

第１部　総則

「理念」として重要な視点

- 「完全参加と平等」 → **差別の早急な解消**
- 「共生社会」の実現
  → **相手方を一方的に非難し制裁する趣旨ではない**
- 「多様性」や「差異」の尊重
  → **社会全体に活力をもたらすものである**

目的規定に明記すべき視点

① **行為規範（人々の判断基準）の提示**
② **差別からの法的保護**
③ **国等の責務を明らかにすること**
④ **共生社会の実現**

国等の責務

●差別の防止に向けた調査や啓発　●ガイドラインの作成　●解決の仕組みの円滑な運用　●関係機関の連携確保　●関係機関の職員等に対する研修や人材育成など
(特に留意すべき領域：障害女性、ハラスメント、欠格事由)

「障害に基づく差別」とは何か

1.「障害」とは　障害者基本法と同様、**機能障害**(インペアメント)を中心に据えることが妥当

2.「障害に基づく差別」とは　「**不均等待遇**」及び「**合理的配慮の不提供**」をいう

① **不均等待遇**
障害又は障害に関連する事由を理由とする区別、排除又は制限その他の異なる取扱い
ただし、当該取扱いが客観的に見て、正当な目的の下に行われたものであり、かつ、その目的に照らして当該取扱いがやむを得ないといえる場合は例外となる

② **合理的配慮の不提供**
障害者の求めに応じて、障害者が障害のない者と同様に人権を行使し、又は機会や待遇を享受するために必要かつ適切な現状の変更や調整を行うことを合理的配慮といい、これを行わないことは、差別となる。
ただし、相手方にとって「**過度な負担**」が生じる場合は例外となる
→ 経済的・財政的なコストの面では、相手方の性格、業務の内容、業務の公共性、不特定性、事業規模、その規模から見た負担の割合、技術的困難の度合い等を考慮
→ 業務遂行に及ぼす影響の面では、合理的配慮の提供により、業務遂行に著しい支障が生じるのか、提供される機会やサービス等の本質が損なわれるかどうかを考慮

第２部　各則（特に重要と思われる10分野）

各分野で、**法の対象とする範囲**（どのような場面での差別を対象とするか、誰を対象とするか）、**「障害に基づく差別」の具体的な内容**などについて、考え方を整理。

【参考】各分野の事例

公共的施設・交通機関	段差のため利用できない、宿泊や乗り物の利用を断られる
情報・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	災害時緊急情報などが障害者に配慮しない形で提供される
商品・役務・不動産	「親を連れて来い」など言われ、日用品を売ってくれない
医療	十分な説明がないまま、治療をさせられる
教育	地域の学校へ行けない、授業・行事に参加させて貰えない
雇用	障害を理由として退職を強要される
国家資格等	点字受験などが用意されていない
家族形成	母子保健サービスなど障害のある親には利用が困難
政治参加（選挙等）	選挙に関する情報提供について十分な配慮を受けられない
司法手続	取り調べに当たって障害特性が考慮されていない

第３部　紛争の解決

求められる機能

① **相談及び調整**
自主的な解決が望めない場合に、まずは相談を受けて、理解のある人材が仲に入り、納得を得ながら、関係を調整すること

② **調停、斡旋、仲裁、裁定**
専門的な知識、素養、経験を有する専門家を含む中立・公平な機関による調停、斡旋等により、解決を図ること

簡易迅速な紛争解決の仕組みと司法判断

① **相談及び調整を担える市町村単位の身近な相談機関**
② **調停等を担える都道府県単位の中立・公平な機関と中央に置かれる機関**
③ **最終的には、裁判所による司法判断**

新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会意見（平成24年12月17日）【概要】

「意見」に基づき事務局にて作成

Ⅰ 基本的な方針

1．基本理念

他の者との平等を基礎とした障害者の権利の確保
障害の有無にかかわらず相互に人格と個性を尊重し支え合う**共生社会の実現**

2．基本原則

①地域社会における共生等，②差別の禁止等，
③国際的協調，④政策決定過程への障害者等の参画

Ⅱ 共通して求められる視点

1．インクルーシブ社会の構築
2．社会モデルに基づく障害者の定義
3．アクセシビリティの拡大
4．自己決定の保障と意思決定支援
5．格差の是正
6．関係機関の連携等

Ⅲ 先送りできない重要な課題

1．谷間や空白の解消

①精神障害，②難病，③高次脳機能障害，④認知症

2．積み残してきた課題

①欠格条項，②障害者手帳制度，③成年後見人制度，
④家族の介助等を前提としない支援制度

3．障害者制度改革に関する課題

差別禁止法制の実現及び障害者総合支援法附則の検討

Ⅳ 分野別施策の基本的方向（新基本計画に盛り込むべき事項）

1．医療，介護等
・社会的入院の解消に向けた精神科医療の在り方の検討
・二次障害に関する実態把握及び調査研究の推進
・ニーズに基づく支給決定の仕組み及び当事者本位のサービス体制の確立
・ﾊﾟｰｿﾅﾙｱｼｽﾀﾝｽの創設及び移動支援の個別給付化の検討
・医療・福祉サービスの地域間格差解消のための取組　等

2．年金等，経済的負担の軽減
・年金，諸手当等の所得保障制度全般の総合的な検証　等

3．教育
・インクルーシブ教育システムの構築
・障害児及び保護者の意見を最大限尊重した就学先決定
・初等中等教育における合理的配慮の確保及び環境整備
・高等教育における合理的配慮の確保及び施設整備　等

4．療育
・障害児及び家族への支援，障害児への虐待等への対策　等

5．職業相談等，雇用の促進等
・法定雇用率制度の推進及び対象範囲拡大の検討
・労働施策と福祉施策の一体的展開
・自営業や起業への支援策の検討
・障害者優先調達推進法の着実な施行　等

6．住宅の確保
・ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ化された公営住宅整備，ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ等の利用拡大　等

7．公共的施設のバリアフリー化
・ｿﾌﾄ・ﾊｰﾄﾞ両面からのﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ化，自治体の取組の支援　等

8．情報の利用におけるﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ化等
・放送・通信等におけるﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ化のための取組の強化
・国等が提供する情報のｱｸｾｼﾋﾞﾘﾃｨの向上
・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ支援の充実，支援機器の開発・普及の促進　等

9．相談等
・身近なところで相談が受けられる体制の整備，人材育成　等

10．文化的諸条件の整備
・施設整備，情報保障の充実等の環境整備の促進　等

11．防災及び防犯
・防災・復興施策への障害者等の参画の促進
・緊急時における情報提供・支援提供体制の整備
・警察職員に対する研修の充実，緊急時の通報体制の充実　等

12．消費者としての障害者の保護
・消費者相談，障害者向けの情報提供等の充実　等

13．選挙等における配慮
・選挙情報の提供方法の充実，投票方法の多様化等の検討　等

14．司法手続における配慮等
・障害特性に応じた意思疎通等の手段の確保
・障害特性に応じた個別の矯正プログラムの提供　等

15．国際協力
・「新アジア太平洋障害者の10年」等の国際協力の推進
・障害者権利条約締結に向けた国内制度の整備　等

Ⅴ 推進体制等

1．推進体制の構築
2．関係機関の連携
3．広報啓発
4．基本計画の実施状況の監視及び勧告等
障害者政策委員会の位置付け，監視の在り方，検討結果の反映
5．調査及びデータの収集と公開
障害者と障害のない人別統計，男女別統計，データ収集の在り方，
地方障害者計画に関する情報収集
6．法制的整備
7．地方障害者計画

２０１１年7月３１日

医療観察法廃止全国集会発言～刑事政策における医療観察法、精神障害者

大杉光子

１　刑事政策・治安管理強化の流れ～この１０年くらいの特徴

（１）排除・隔離と無害化

① 重罰化～刑法の重罰化、判決における重罰化、少年院送致年齢引き下げ etc.
② 刑罰の前倒し～共謀罪（廃案）、ピッキング防止法、犯罪インフラ対策 etc.
③ 再犯防止のための監視管理強化
- 隔離・予防拘禁～医療観察法
- 監視強化～性犯罪の出所者情報提供制度（同意は必要）、刑の一部執行猶予制度の新設の動き（今秋国会？）
- 制裁強化～遵守事項違反での少年院送致
- 医療の利用～医療観察法の強制入通院
- 心理療法（認知行動療法）の利用～医療観察法の内省プログラム、刑事施設被収容者処遇法の特別改善指導（再犯防止プログラム）、更生保護法の特別遵守事項（再犯防止プログラム）
- 福祉の利用～医療観察法（通院処遇）、地域生活定着支援センター（出所者の福祉への橋渡し、同意は必要）、刑務所・更生保護施設への社会福祉士・精神保健福祉士の配置

（２）捜査手法、警察権限拡大～サイバー関係、ＤＮＡ型データベース、公訴時効撤廃 etc.

（３）（管理側への）市民参加、相互監視～裁判員制度、市民の責務規定、通報義務 etc.

（４）被害者の強調～被害者参加制度等々

（５）若干の適正手続き改善～国選弁護・付添人制度、視察委員会や不服申立制度、取調べの可視化も検討中

２　その中での医療観察法、精神障害者の位置づけ

医療、心理療法、福祉の治安利用のモデル

精神障害者は判断能力がない、不十分と主張して医療等の強制を正当化しやすい

→障害者一般、高齢者、犯罪をした人一般へと拡大

～「本人のために」という善意の怖さ（医療・福祉のパターナリズムと強制の結合）

（措置から契約への流れがあったはずなのに、それでは行き渡らないからと合理化）

福祉：日常生活丸抱えの監視、心理療法：内心への干渉

しかし、

本来は、本人の助けになるはずのものだが、強制される筋合いはない。選択の自由。

極端に言えば、ホームレスになる自由だってある。

ただし、生活保護からあえてホームレスになるケースは多くの場合、福祉が福祉たりえてないから（生活保護は福祉事務所がうるさい、窮屈、寂しい、・・・）。

→これまで事件を起こした人が医療・福祉から拒絶されてきたことは問題。でも、押しつけではなく、選択できる、選択しやすい条件、選択したいと思える魅力を整備すること。一つだけ示して選択せざるを得ない状況に追い込むのではなく、複数の選択肢から選べること。

経済的基盤は前提として必要だが、それさえあれば良いわけではない。尊厳の回復。

３　どう考えるべきか～それぞれが本来あるべき役割を

治安が安定しているのに治安を強調することの理由＝福祉を削れば転落していく人は増えていくから、そのためにあらかじめ監視の目を張り巡らせるということ（普通は年を取れば犯罪率は下がるはずなのに、検挙人員の人口比は高齢者は２０年間で４倍くらいに増えている）＋目を背けさせる役割。治安の悪化をあおり立てることによっ

て、分断し、目を背けさせる。警察権力の肥大化は若干はお金はかかるけど、福祉を充実させるほどにはお金はかからない。被害者対策としても安上がり。

・司法は犯罪に対して適正な処罰と社会への橋渡しを

刑事手続きという形で社会から引き離したのだから、刑事手続きの最後に社会に戻すべき。そのためのダイバージョン（早期の仮釈放）ならわかる。

・医療（心理療法も含む）は本人の意思に基づく最善の医療を

誰に対しても、どこにいても。刑務所であっても地域であっても。

・福祉は前提条件としての基盤の保障と尊厳の回復の邪魔をしないこと。

福祉だけでは人は幸せにならないと思う。人としての尊厳の回復が必要。

（参考）

２００３年　医療観察法成立

２００４年　刑法改悪（有期刑上限・法定刑引き上げ、時効延長）２００５年施行

２００５年　医療観察法施行

２００６年　受刑者処遇法施行

２００７年　刑事施設被収容者処遇法施行

２００７年　改悪少年法施行（少年院送致年齢引き下げ、触法少年に対する警察官調査、保護観察中の遵守事項違反による少年院送致）

裁判員制度開始

２００８年　更生保護法施行

２００９年　地域生活定着支援センター制度発足

２０１０年　公訴時効撤廃