

衆議院 厚生委員会 議 録 第 十 号

平成十一年五月十九日(水曜日)
午前九時三十一分開議

出席委員

委員長 木村 義雄君

理事 佐藤 静雄君

理事 田中眞紀子君

理事 金田 誠一君

理事 福島 豊君

理事 安倍 晋三君

理事 岩下 栄一君

理事 桜井 郁三君

理事 砂田 圭佑君

理事 戸井田 徹君

理事 萩野 浩基君

理事 堀之内久男君

理事 宮路 和明君

理事 家西 悟君

理事 五島 正規君

理事 古川 元久君

理事 青山 二三君

理事 榊屋 敬悟君

理事 吉田 幸弘君

理事 瀬古由起子君

理事 笹木 竜三君

出席國務大臣

厚生 大臣 宮下 創平君

出席政府委員

厚生省健康政策局長 小林 秀實君

厚生省保健医療局長 伊藤 雅治君

厚生省老人保健福祉局長 近藤純五郎君

厚生省保険局長 羽田田信吾君

建設省住宅局長 那珂 正君

委員外の出席者

理事 鈴木 俊一君

理事 長勢 甚遠君

理事 山本 孝史君

理事 岡島 正之君

理事 伊吹 文明君

理事 新藤 義孝君

理事 田村 憲久君

理事 能勢 和子君

理事 松本 純君

理事 吉川 貴盛君

理事 石毛 鏡子君

理事 土肥 隆一君

理事 松崎 公昭君

理事 久保 哲司君

理事 武山百合子君

理事 児玉 健次君

理事 中川 智子君

厚生大臣官房障害保健福祉部長 今田 寛睦君

参事 日本医師会常任理事 西島 英利君

参事 北海道立緑ヶ丘病院院長 伊藤 哲寛君

参事 東京精神医療人権センター 小林 信子君

参事 全国精神障害者社会復帰施設協会専務理事・事務局局長 新保 祐元君

参事 全国精神障害者家族会連合会常務理事・事務局局長 荒井 元傳君

参事 厚生委員会専門員 杉谷 正秀君

委員の異動

五月十九日

大村 秀章君

戸井田 徹君

萩野 浩基君

吉川 貴盛君

新藤 義孝君

同日

萩野 浩基君

同日

萩野 浩基君

同日

萩野 浩基君

同日

萩野 浩基君

同日

萩野 浩基君

同日

一部を改正する法律案(内閣提出第八一号(参議院送付))

○木村委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、参議院送付、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案を議題といたします。

これより質疑に入ります。

質疑の申し出がありますので、順次これを許します。能勢和子さん。

○能勢委員 能勢でございます。おはようございます。

大臣も御案内のとおり、皆様も御案内のとおり、精神保健福祉法が生まれまして昭和六十二年、この精神保健福祉法の一歩のねらいは、精神障害者に対する人権、そして私たち国民に対する精神保健の向上、あわせて地域のそうした精神障害者を支えるネットワークといえますか、地域も支えていこう、大きな柱がその三つだったと思います。殊に、当時さまざまな問題があつて、精神保健福祉法ができました当時は、国際舞台で日本の精神医療をたいてきたということがあつたわけでありまして、特に人権問題について大きく話題を呼んだところであります。最もそれが焦点であつたわけでありまして。

今、その精神保健のねらいを考えますときに、医療法では、現在、精神、結核特例という形で、医師初め医療従事者の数が一般に対して低い形で定められているのが現状であります。私は、特に精神医療の現場にいた人間といたしまして、ハート面よりもソフトといえますか、まさに精神医療の治療の中心は人でありまして、その人の質と数、量、これがまさしく精神科医療の中の最も重要な部分だと思ひます。極端に表現するならば、保

護室なんという数だつて、治療する側の質と数を保障すれば随分少なくて済むというふうに思ひているわけでありまして。殊に精神科の場合は、医師を初めとしますさまざまな医療スタッフの質と数が要るわけでありまして、現在の医療法に定められております数を見ますときに、一般科より少なくていい。

我々常に、精神医療がメジャーになりたいというふうに思ひていたわけですが、精神医療が一般科と同じくメジャーになりたい、そのためには当然、診療報酬等々の問題もかわつてくると思ひます。そういうような考えを持ちますものから、今の精神医療に對します一般医療との格差についてどのようにお考えになつていらっしゃるか、お聞きしたいと思ひます。

○今田説明員 御指摘のように、精神科の病院におきます人員配置につきましては、医療法の特例によりまして、医師につきましては、入院患者四十八人に一人、これは一般病床では十六人に一人になつております。それから看護婦につきましては、入院患者六人に一人、これは一般病床では四人に一人ということ、特例によつて規定されているわけでありまして。この特例は昭和三十三年にできたわけでありまして、この特例は昭和三十三年にできたわけでありまして、当時、精神病床の整備を急速に進める必要があつたという点、そのためにはスタッフの確保が非常に困難であつたという状況がございました。また、精神疾患が一般的に慢性疾患であるという疾病特性といったものも背景にあつたのではないかと考えております。

今現在を見ますと、病床の整備もある意味では非常に進んでまいりました。それから、精神疾患の中でも、非常に集中的な治療を行うべき人たち、患者層がいるということなどもありまして、今の特例を見直すべきではないかという委員の御意見が他にも多々あることは承知をいたして

おります。

今、医療法の見直しを議論されておりまして、一般病床の病床区分のあり方だとかあるいはその人員配置のあり方といったものも含めて検討されておりまして、これらの審議に合わせまして、公衆衛生審議会におきましても精神病床のあり方について今議論が行われているところでございます。この議論を踏まえながら必要となる人的あり方というのについて検討をしていきたいと考えております。

○能勢委員 ありがとうございます。

今、障害保健部長もおっしゃいましたように、看護も、一般が四対一に対して六対一でいいという数が出ておりますが、本当に精神医療で日本一いい病院を展開しようという取り組みにしますと、新看護体系の中でとても六対一の数ではできません。それで、今私たちがかわります調査をしまして、三対一、二・五対一と、看護の数、いわゆる量、そして質も、最近私も教育の大切さを考えますときに、私の地元でも、広島大学も去年から博士課程もできました。修士、博士課程を出た看護婦さんたちが非常に患者さんとかかわりがうまいくために、興奮していた患者さんたちもそのかわりを通して安定する、いわゆる人間関係のコミュニケーションができる技術とかいうのをどんどんと持ってくるようになってきました。そう考えますときに、本当に精神科医療の質がどんなに治療に直結するかということを私たちも身をもって体験しているわけでありまして、

ただ、六対一がまだ現在生きていますと、六対一でもやっていると病院の底上げをするためには医療法が改正されなきゃいけない、特例が解除されなきゃいけない、そしてそれに値する評価もしなきゃならないというふうに考えていますので、これからもう少しお願いしたいと思っております。

次に、精神保健福祉法の三十六条の三項に、患者の隔離その他の行動の制限はいわゆる精神保健指定医が必要と。現在の法律でありますと、保護室への隔離とかあるいは抑制、いわゆる患者さん

の人権にかかわる部分である抑制等々については精神保健指定医でなければならぬという法律となっております。

そんなやさきに、あちこちの病院での不祥事も確かに起こりました。やはり非常に人権を重んずるがために精神保健指定医のみでなければならぬというこの意味合いはわかりますけれども、実際に医療の現場で二十四時間通して看護をします者が、本当に質が保障されるならばその判断ができなはずがないわけなんです。本当に今保護室に入っている患者さんなのか、あるいはもう少ししかかわることによっていいですか、きちんとした看護面談といいますが、そうしたかわりを通して落ちつく方、あるいは、今はそんな時期でない、とにかく一人で静かに保護室を使う方が患者さんにとっていいんだという判断は、まさしくきちんとした精神科看護婦であれば看護判断ができるわけでありまして、

今の法律であると、とにかく精神保健指定医のみということになっているわけですが、それでは、今、勉強いたしましたして、精神科専門看護士というのがどんどん出てきております。修士を出た方たちあるいは博士課程を取った看護婦さんたち、そういう専門領域の人が出てきていますけれども、いわゆる専門領域の人が出てきていますけれども、いわゆる精神保健指定医と同じく、看護婦もそうした臨床経験と理論武装がきちんとできると看護婦が出てきた場合に、精神科を目標してやろうという意欲のある人たちに道が全く閉ざされていると思うのです。

というのは、最初から申しますように、質はもちろん必要であります、この法律は、特に患者さんの人権を重んじてやった精神保健指定医でありますけれども、果たしてこのままでいいののか。将来、そうした道が開けて優良な医師、優良な看護婦にそうした判断ができないとお考えなんではどうか。私はそれはたくさん臨床の中でできるといふふうな思われ方がありますが、いかがでございますでしょうか。

○今田説明員 精神病院の特性といたしまして隔

離など行動の制限を行わざるを得ないということからいたしまして、病院の職員の皆さん方、医師、看護婦も含めて職員の皆さん方が人権擁護の観点から専門的な配慮が必要だという点につきましては、御指摘のとおりだと思っております。

現状を申し上げますと、そのための行動制限の判定については、精神保健指定医の制度を設けまして指定医の判断でこれを行う、つまり、一般の医師では行えないというように適正な処遇の確保を図ろう、このようにしているわけでございます。したがって、このような中で、一定の資格を有することを条件として行動の制限の判定を行う職種、これを医師以外に拡大していくということについては、何はともあれ十分な人権擁護の確保の観点からこれを考慮する必要があるという意味では、慎重な検討が必要ではないかと思っております。

精神科につきましては、高度な専門性を持つ看護婦さんとか看護士さんについて精神医療の業務に当たっていただくことは大変大事だと思っております。現在、精神科専門の看護資格制度の創設ということについて関係の皆さん方がいろいろ検討していらっしゃるということでもございまして、したがって、これらの専門性というものの一つの一つのあり方について、検討の状況を眺めながら、精神科の看護の水準につきましてその向上には努めていかなければならない、このように思っております。

○能勢委員 ありがとうございます。

先ほど部長からも、今、医師の数、四十八人に對して一人ですか、二十四時間通してそういう数で患者さんを診ていく。今現在、看護婦は法的に六対一となっておりますが、実際問題、三対一というところで、二十四時間通して患者さんの変化あるいは心の動きというのを見ていく中で、医師に、これは抑制が必要でないかということだとして報告します。その報告します判断も、やはりここで看護婦が診るわけでありまして、間違った報告をすれば当然間違った判断をする材料を与えてしま

う。だから、その看護の質が大変求められてきます。

そして、中には、いわゆる看護婦免許を持った看護婦のレベルと、そして本当に精神科をきわめていく中で患者の行動が判断できる能力というのはだんだん高まってまいりますし、それは常に研鑽もしなきゃいけませんし、あるいは、きちんとまとまった長期の、看護婦免許プラス修士に行くと人もいますし、また、それに物足らず博士課程まで行く看護婦さんがどんどん出てきました。広島県におきましても、広島大学に修士、博士課程ができた関係で大変精神科を目指して入ってくるんです。

なぜならば、まさに自分の存在そのものが治療にかかわれる。看護は、常に側面的な看護といいますが、治療者と患者の関係というのは、まさに存在する、そこに立っている姿そのものが全人格と全人格とのかかわりであるわけですから、治療効果をプラスにもマイナスにもしていくという意味で非常にやりがいがあるということもあるわけでしょうし、そういう意味で、そうした専門看護士を目指す方がだんだんと若い人たちにふえてくるわけですね。

その人たちも、自分の専門領域、あるいは責任を持った行動、責任を持った判断、ぎりぎりの刃の上にと立つときにどう看護診断するかということによってその一人の患者さんをよくも悪くもすると思えます。そういう意味で大変大事なことだと思えますし、ぜひとも検討課題に上げていただきたいと思っております。

そして、今出ました、精神科はかつて受診行動がおくれたときには慢性という形のイメージを与えていたけれども、今は、それが本当に分裂病なのかあるいは境界例かときまざまな診断がある中で、むしろ、早期発見、早期治療が先手を決めるといふほどに、大変大事なのは短期入院、社会復帰といいますが、本当にそういうことが可能に

なってきた。

それは、今問題になっているように、薬物が非常に進歩したといいますが、向精神薬の出現とその進歩によって、かつて長期慢性化といった患者さんたちが、そうでなくて、私たちの病院におきましても、国家公務員としてきちっと勤めている方、日常の受診を通して全く再発もなく何年も来た方、さまざまな症例に出会っているわけですから。

そのためにもぜひともお願いしたいのは、慢性期の病状というイメージから、必ず急性期でよくなる患者さんの群がいるんだということ、どうしても慢性期経過をたどる人もいるんだということの二つ。必ずしもみんなよくならないとは限りません。慢性期経過をたどる方もいらっしゃるし、急性期でよくなる方もいらっしゃる。初期の治療がよければ、当然ずっと外来治療だけで昔の考えでいけば定年まできちっと勤務できる方だっていらっしゃるわけでありまして、まさしく人が治療の中心になることを加えて申し上げて、医療法の改正なりあるいはそれに対する保障といいますが、それに必要な人材と診療報酬での評価も要るでしょう。そしてまた、看護がそうした形で大いにそうした方たちのために働ける、そうした責任と権限も与えられることが今後の精神医療に大きな効果をもたらすと確信いたしておりますので、よろしく願いたいと思います。

○木村委員長 武山百合子さん。

○武山委員 自由党の武山百合子でございます。

早速質問に入りたいと思います。まず、精神障害者の実態についてですけれども、厚生省では国際的な比較を行っているのかどうか、世界的視野で精神障害者の実態について、日本と外国、特に先進諸国でだけれども、そういう意味で比較を行っているのかどうか、まず一点お伺いしたいと思います。それから、諸外国と比べて我が国特有の状況というのが指摘できるのかどうか、その辺の状況。そして三つ目ですけれども、

も、一挙に三つお願いしたいと思いますが、歴史的に見て我が国の精神障害にどのような傾向が認められるのか。この三点についてお聞きしたいと思います。

○今田説明員 諸外国の状況の中で多くの指標で比較できる資料が、それぞれの国の状況も違っていて、持っているには限界があるわけでありまして、まず精神病床数につきましては、例えば人口千人当たりで見ますと、アメリカが〇・六床、ドイツが一・三床、フランスが一・三床でありましてけれども、我が国は二・九床ということで、他国に比べては精神病床は多いということが言えるように思います。

これらにつきましては、外国で、ケネディ政権の当時に一つ象徴されるわけでありましてけれども、脱病院化ということ、地域医療を進めようという観点から比較的早く地域精神医療への取り組みが進んだというふうに思います。そのことによつて、ある意味では精神病院の入院期間というのが短縮され、あるいは精神病床そのものが縮小されてきております。

一方で、そうはいっても一定のケアが必要だということから、アメリカでは、イギリスにもありますけれどもナースングホーム、あるいはデイホスピタル、あるいは福祉ホームといったような在宅におけるケアを行う施設が非常に充実してきているというのが諸外国の現状ではないかと思っております。

翻って我が国においてどうかという御指摘でありますけれども、社会復帰施設の取り組みそのものがある意味ではおくれたということはお認めないことかと思っております。

と申しますのも、精神衛生法が精神保健福祉法へと今日に至る過程の中での歴史といえますと、他の福祉施設と比べれば明らかに遅れてスタートしてきているという点は十分認識しなければならぬと思っております。そういうことで、アメリカに比べてますと依然として入院医療が中心となっており、それから、社会の受け入れ態勢と

いうことで、社会復帰施設がなお一万人程度のボリュームしかないという点で必ずしも十分ではないこと。また、地域におけるケアシステムという点については十分に整備されているわけではなく、あるいは、それらに対して国民の理解が十分であるかどうかという点についてもなお解決しなければならぬ課題がある。このように認識をいたしております。

○武山委員 どうもありがとうございます。それで、日本は今精神障害者の数が大変多くなっているんですね。ふえつつあるんですね。なぜそういう数値が全国的に非常にふえているのかという実態、原因、そういうところも把握していただけますでしょうか。

○今田説明員 我が国の患者調査によります精神障害者の数というのが非常にふえている、六十万人ぐらいいふえているんじゃないかという数字がございます。それはなぜかという点でありますけれども、ベッド数はむしろ減少ぎみでありますから、入院患者そのものがふえているわけではない、ほとんどが外来患者であるということがまず第一点。その中には、大きく分けて精神分裂病が非常にふえているということ、第二点がうつ病のような感情障害が非常にふえてきている、こういった点が特徴でございます。

その理由でありますけれども、精神分裂病がふえているというのは、精神分裂病そのものは比較的人種に関係なく一定に発生すると言われておりますので、そういう点から見ますと、地域医療が非常に進んできた、つまり、外来で精神分裂病がケアできるようになったという意味において、必ずしもネガティブな評価をする必要はないのではないかと。もう一つは、うつ病のような感情障害がふえているという点であります。これは、高齢化でありますとかあるいは社会の変化といったものが何らかの形で影響しているのではないかと。いふに私どもは考えております。

かりやすくなっている点もありますので、外来患者が増加している理由というのはそのあたりを私どもとして認識しながら対策を考えなければならぬ、このように考えております。

○武山委員 今の今田部長さんのお話を総合して厚生大臣にお伺いしたいと思っておりますけれども、そのような問題意識が今回の法律改正にどのように生かされているのかを一点。

それから、まず精神障害者に対する偏見を取り除く、心のバリアフリーなんという言葉を何か厚生省がおっしゃっておりますけれども、確かにその偏見を取り除くということが不可欠だと思っておりますけれども、そのための具体的な方策という対策、その辺についてお聞きしたいと思います。

○宮下国務大臣 今回の改正でございますが、私どもの問題意識は、今お話のございましたように、社会復帰の促進を図るために地域で精神障害者を支える体制を大きく整備することが精神保健福祉施策の大きな課題となっておりますものと認識しております。

この点につきまして、精神障害者の社会復帰と自立の促進を図るためには、今障害者プランというのがございますが、そのプランに沿って社会復帰施設の整備等により、その量的充実を図ることとしたところでございます。

同時に、今回の改正におきまして特に特徴的な点は、市町村を中心として実施する在宅福祉施策を充実すること、つまり、ホームヘルプとかショートステイの施設を法定化することについておられますし、それから、精神障害者の福祉サービスの利用に関する助言等を市町村で実施することができるよう、より身近なところで相談、助言、あつせん、調整ができるようにしたこと。それからまた、精神障害者の地域生活支援センターというものを法定化したしまして、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応等々、障害者の自立と社会参加の促進を図るよういたしました。

また、地域社会におきまして精神障害者を支え

ていくために、御指摘のような、精神障害者に対する国民一人一人の理解と認識を深めていくということも極めて重要でございまして、その普及啓発等も重要なものと考えております。さまざまな機会を通じて啓発、広報等を展開いたしまして、府県及び市町村を中心に普及啓発活動を行っておるところでございます。

心のバリアフリーという言葉もありましたが、ボランティア活動等を通じた障害者との交流とかさまざまな機会を通じた広報の展開等によりまして障害及び障害者に対する国民の理解の増進を図っていき、そして精神障害者についての社会的な誤解や偏見を正していき、というように考えておりまして、こうした観点で今回の改正も一つの大きな柱として考えておるわけでございます。

今後とも、これらの精神障害に関する普及啓発を通じて、精神障害者の自立と社会参加というこの目的のために、一層その推進のために努力をしていきたい、このように思っております。

○武山委員 やはり、地域が支えるということによっていわゆる偏見というのが少しづつ取り除かれていくんだらうと思えます。子供たちへの教育も学校教育の中で必要かと思えますので、心のバリアフリーというものは必要なことなわけですから、いろいろな角度から行っていただきたいと思えます。

それから、設備を整えるという意味では、公共事業ということで予算をつけて施設をつくっていくことですけれども、いわゆる人的なもの、相談員とかケースワーカーとかそういうものも、片肺だけではなくて両肺になる、両方の部分でやっつけていかなければいけないだと思ふんですけれども、その人材育成についてはどうでしょう。

○今田説明員 精神障害者の自立支援に対応していただける人材といたしましては、現在であれば、保健所におきます精神衛生相談員を含めた保

健婦さんでありますとかあるいは各病院にいらっしゃる職員の方々は、一つの大きな力として私は認識しておりますが、なお一層、精神病院と社会復帰施設というものをうまく連携させるように、社会復帰に関して相談、援助ができるものとして、このたび精神保健福祉士という国家資格を創設いたしました。三月には第一回目の国家試験の合格者が発表されたところでありますが、このような新しい職種も、そういった意味ではこれからの社会復帰の貴重な人材として活用していく必要があるというふうな思っております。

○武山委員 ぜひ、予算をつけていただいて、人材を多く育成していただけて対応していただきたいと思えます。

それから、地域支援についてお伺いしたいと思えます。

今回の法律改正において、在宅福祉を市町村を中心に進めていくということですが、精神障害者を地域で支える体制の整備を少し細かく、方向性としてどのように進めていくのか、お聞きしたいと思えます。

○今田説明員 精神障害者の社会復帰のためには、やはり地域で、身近なところできめ細かな支援ができる体制が必要だということから、今回の法改正におきましては、少なくとも在宅福祉サービスについては市町村を中心として実施する、つまり、ホームヘルプサービスでありますとかショートステイサービスについては市町村において実施していただくように法定化させていただいております。

同時に、市町村は今まで精神障害者の社会復帰に対して十分な過去の経験がないということもございますので、広域的な調整については保健所を通じて支援いただくとともに、担当される方の研修等も保健所等を通して研修をしていきたいと考えております。

いずれにいたしましても、当面の目標は、やはり在宅福祉は市町村でやっていく、しかし、将来的にどうかという点につきましては、今後、そ

ういう体制の整備というものをにらみながら、できるだけ身近なところでケアが受けられるような方向というものを目指したいというふうには思っております。

○武山委員 どうもありがとうございます。持ち時間が十五分なものですから、時間が来てしまいましたが、精神障害者の数が大変ふえておるわけですから、きめ細やかなサービス、また医療体制をぜひしていただきたいと思えます。どうもありがとうございます。

○木村委員 土肥隆一君。

○土肥委員 民主党の土肥隆一でございます。昭和六十二年に精神保健法の改正があつて、それから五年ごとに法律を見直してまいりまして、これからまた五年、精神保健福祉の分野でまだ立ちおくれている精神病の患者さんに対する医療、福祉、それを充実していかなければならぬ。そういう意味では、五年ごとのピッチを上げてきたということは大変よかったと私は思っております。このピッチを緩めてはならない。したがって、あと十年ぐらい、五年刻みでこの精神保健福祉法の充実に向けて頑張らなければならないと思っております。

それは、日本の精神病の世界が、あるいは精神医療の世界が非常に不幸な出発をいたしました。日本人の独特の偏見とか精神病に対する無理解から、医療の現場におきまして、あるいは病院におきまして、あるいは市民感情からいたしまして、大変たくさんさんの無理解や誤解、そして偏見に満ちた日本の社会における精神病の患者さんのケアを今後どうするかというところは、まだまだたくさんさんの宿題が残っているというふうな考えのわけでありまして。

一方、行政の方も、私の勝手な言い方をさせていただきます。ただ、精神医療の世界を民間病院にゆだねて、ほぼ民間に任せて、国、地方も含めて多くの関与をしなかった。そのことがまた逆に民間病院を生き残らせ、そしてまた入院患者も、社会的入院などと言われますけれども、病院の経営

上、ベッド数を満たすような意味においても民間優先でやってきた。そして、民間優先はいんだけれども、民間に大幅に、九〇％、九五％以上依存していますから、はつきりした物の言い方が行政の側からできない。医療監督にいたしまして、さまざまな指導におきまして、まことに腰の引けた行政ではなかったかというふうに私は思っております。そして、病院は自分の病院のベッドさえ埋まれば経営は成り立つわけでありまして、そうした動き、傾向がずっと続いてまいりました。

しかしながら、さすが今日に至りまして、患者さんの人権とかあるいは長期社会的入院をどう解消するかというときになりますと、やはり環境整備として、この福祉、長期入院の患者を受け入れることのできる地域、そして社会復帰施設などの必要が叫ばれるようになりまして、今日では、特に今回の改正法案ではかなりの部分見通しが立ってきた、めどがついてきた。だけれども、仕事をすることはこれからだということを痛切に思うわけでございます。

〔委員長退席、鈴木（俊）委員長代理着席〕
私は、大阪にありました安田系病院、精神病院でございますけれども、大和川病院の問題についてこの五、六年かかってまいりました。そして今日では、この法人が持つております三つの病院が一気に崩壊していく、あるいは私の言い方を許していただければ、行政による強制的撤去といひまじょうか撤退といひまじょうか、そういう一種の荒療治、荒仕事をやってきたというふうな思ふ次第でございます。その辺は、今回質問をするに当たりまして詰めてさせていただきます。

この大和川病院につきましては、実は私、平成五年にこの厚生委員会で大和川病院の問題を取り上げました。大和川病院に参りましてその余りのひどさにあきれ返りまして、約一時間にわたって厚生省に対して質問をいたしました。これが平成五年の六月の二日でございます。そして、今日、平成十年になりましてやっ、大和川病院を

初めとする三病院の余りのひどきに厚生省も腰を上げまして、大阪府と協力して病院の閉鎖に及ぶわけでございます。その三病院が完全に閉鎖いたしましたのが平成十年の七月でございます。八月の五日には三病院の入院患者が転退院を完了しております。ですから、五年から十年まで、正式に言いますと約五年です。くしくもこの平成五年に精神保健法の改正があつて、今回また再改正をやるうとしてゐる。

実は、五年間、私はこの大和川病院の問題について訴え続け、何とかしなければいけないということを経り返し申してまいりましたけれども、腰が上がりませんでした。例えば、平成五年には二回、四月と七月に実地指導をいたしました。平成六年は一回、平成七年も一回、平成八年も一回、平成九年になりまして急に動きが活発になりました。立て続けに指導をいたしまして、八月にはこの病院を閉鎖するというところでございました。

私はその間、実はこの病院から告発を受けておりました。この病院を私は訪問いたしました。それが平成五年の五月の八日のことでございます。そして、そこで院長に会いまして、もう少し患者さんを大事にするような病院にしてほしい、その年二月にこの大和川病院の入院患者が死亡いたしました。その件について、どういふことだったのですかとこのことを聞きに行つたわけでありまして、院長の部屋でまことに平穩な対談をいたしました。

ところが、それが建造物不法侵入、威力業務妨害、名誉毀損ということで、大阪地検に私は告発されたわけでありまして、裁判の用意もしております。そののみならず、この弁護士は、特定はできないのですけれども、私の選挙区に無署名の手紙をばらまきまして、自称衆議院議員土肥隆一といふのがいるようですが、といふふうには始まつてゐるわけですね。そして、こんな大阪地検に告発されているような人間が議員をしていいのでしょ

うかといふような話で、県議員でありますとか、市会議員でありますとか、私の地元の神戸にばらまいたわけでございます。それも証拠書類として法廷闘争に用意しておつたのでありますけれども、その間に病院はつぶれてしまつたといふこと

でございます。今回の大きな法改正は、言うまでもなく、病院の管理体制をきつちりし、精神病院に対する指導監督を強化しようといふことでございます。しかし、法律を変えまして何かいふ強化しようといふような、いかにも振りかざしたような法案になつておりました。その辺の実態をはつきり理解し、問題点の一番行き着くところをしつかり吟味しないと、幾ら法律で縛つても、三十万から

いる精神病院の患者さんの幸せはもたらされないう、このように思ふわけでありまして、そうした中で、まず、指定医についてお尋ねしたいと思ひます。指定医に關して、指定医の精神病院の管理者への報告というのがございます。三十七の二でござ

います。これを見ますと、指定医が非常に重要だといふことが繰り返して強調されております。なるほど、そうでございます。精神病院は、指定医によつてよくも悪くも決定すると私は思つております。ところが、指定医の仕事は、三十七条の二でござ

いますけれども、指定医は、その勤務する精神病院に入院中の者の処遇が三十六条の規定に違反しているときは、当該精神病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置がとられるよう努めなければならない、

て、私が訪問している間もそうでしたけれども、もう理事長、院長の言ひまなさんですね。

それで、どんなに良心的な指定医であっても、患者さんが不当な扱いを受けている、規定に違反してゐるから精神病院の管理者にその旨を報告して、そして管理者が入院中の者の処遇の改善のために必要な措置がとられるように努力しなさい、努めなさい、こうなつておるわけですが、こ

うことが果たして実現可能なのか。何をもちこたうような法案が出てきたのか。実態はそうじゃないんじゃないか。報告とはいかにも腰が引けた表現ではないでしょうか。私の表現を言わせていただければ、指摘して説得せねばならぬという文

言にすべきだと思ふのであります。この指定医の今回の大きな責任追加といひましようか、今までの入院や治療やその他と違ひまして、管理者に物を言わなさいやならないという法案でございますが、この背景、そしてこれが本

当に実効性の伴ふものであると判断するのかどうか、まずお聞きしたいと思ひます。

○今田説明員 三十七条の二の規定でございますけれども、これまでの指定医の責務につきましましては、主に、自分の担当する患者さんに対してどういふ行為を行つたか、身体的拘束を行つたか、そ

れらを適切に行つたかという患者さんに対する対象とした中の規定であつたわけでありまして、今回は、指定医が自分の担当する患者のことだけじゃなくて、病院全体の処遇の確保について適切なものとするよう努力義務を課したという点において、

体制にも指定医としての役割を演じていたいただきたいというのが大きなねらいの一つでございます。それで、その手段、方法といひまして、報告

機能していただけるのではないかと、このように私もは考へております。

○土肥委員 そうは思ひません。もう少し詰めていきたいんですけれども、要するに、指定医という非常に重要な、精神病あるいは精神医療の世界で大事なドクター、その資格の付与あるいはその位置づけが何か社会的に余り重んじられていないんじゃないか。

もし指定医の役割を管理者への報告というのなら、むしろもう一条つけ加えて、管理者はしたがって指定医の報告に基づいて必要な措置をとらなければならぬといふくらい書かないと、どこにこんな勇氣のある指定医がいるでしょうか。自分の首をかけて管理者に、いろいろな管理者がい

ますから、大和川病院の場合は即刻首でしょう。指定医が足りなければ、また、なかなか指定医が探せなければ置いておくかもしれませんけれども、ほとんど現場の統治能力がないわけですね。そういう病院もあるだろう、また過去にあった。そうしたときにこんな腰の引けた表現でいいんですか。

今、指定医というのは一人ぐらいいらつしやるのであります。参議院で行われました参考人招致で、日本精神病院協会の会長の河崎先生が、日精協に入つてゐるのが千二百五病院で三十万ベッドを抱えてゐる、指定医は四千二人だ、こ

うおつちやっています。設置基準や配置基準がありますから、それぞれ四千二人の人が三十万ベッドを

見ているわけですね。しかし、指定医の地位について、その社会的な地位の向上についてはどうも

らいならば、その裏打ちができるような条文を追加すべきだと思いますが、部長の御意見を聞かさせていただきます。

○今田説明員 三十七条の二に規定いたします指定医の報告の中で、当然、適当でない状況というものをもって報告することになるわけであり、その中身は、三十六条、つまり行動の制限に係ります規定に違反するような場合とか、それから三十七条の第一項、これは処遇の基準であり、面会、通信の自由などのことに對しての侵害があったような場合、こういった場合に報告するということをお立場をお願いしているわけであり、

この義務は、当然管理者は、指定医だからと申し上げておりますが、指定医じゃなくても、管理者そのものがこれを守らなやならないという義務は法定されているわけであり、ある意味では、指定医というお立場で管理者が果たすべき義務というものを對して一定の役割を演じていただきたいという観点から、今回の規定の整備をしたつもりでございます。

そうはいいながら、非常に重要な役割を演じていただいております指定医に対する一つの法的な裏づけというふうな御指摘であり、指定医につきましても、二つの面を持ってあります。

一つは、自分が勤めております病院の中で、あるいはその施設の中で、患者さんに対してどう役割を演じるかというところにおける役割、それから、例えば措置入院の患者さんのために措置入院が適切かどうかというのを判断したり、あるいは病院の中に指導に行くときに一緒に行っていたり、その病院が適切な医療保護入院をやっていたらどうか、そういう公的な役割、二つを演じるようになっております。

少なくとも公的な役割につきましても、これは公務員としての一つの位置づけとして公的な役割を制度的には担保しているつもりであります、病院内における指定医としての役割についてどのような裏づけが適切であるかにつきましては、そ

の病院の処遇の話にもかかりますので、今後どうやるべきかについては考えてみたいと思っております。

今回の制度では、そういう病院の中の体制に對して一定の役割を指定医も演じていただくんだという意味で、ある種の努力義務ではありますけれども、拡大をさせていただいたということによって一定の評価をしているつもりでございます。

〔鈴木俊〕委員長代理退席、委員長着席
○土肥委員 ですから、公務員としての役割も持っている、ますます責任は大きいわけでございます、多面的な働きをしていただかなければならない。

大和川病院の例がすべてではない、最もあしき例だと思えますけれども、しかし、これが私を取り上げてから五年間放置されたということも含めて、あるいはその前からさまざまな問題があつて、それも含めてないがしろにされてきた。指定医はほとんど機能していない。

これは大阪府がつくった報告書でございます。「安田系病院問題に對する大阪府の取り組み」、平成十年十一月、大阪府が発行したものであります、私が読む限り、かなりの改善とか、あるいは自分たちの仕事に不十分であつたということを認めておりまして、大変正直には書かれていて、すけれども、同時に、今度は患者さんサイドの裏づけをしなければならぬ、あるいは人権問題などを扱っている市民団体の意見も聞かなければいけないわけであり、

大和川病院の報告書だけでも、例えば、診察回数は一ヶ月一回だったのが三・八あるのです。月一回もなかったという人が四・六あるのです。これは、大阪府が転退院をした後の患者さんのお一人一人に會つてアンケート調査をしたのです。二百八十一例でございます。調査不能が六十四となっております。

お医者さんはきちんと診察してくれましたかというだけで、いいえというのが四五・二％もあるのです。薬の説明はしない、退院までずっと同じ

薬を飲んでいたという人もいますね。看護婦さんの態度は、何を言っても聞いてくれない、余り姿を見なかったとも出ております。

それから、冷暖房はない、ロビーのみ冷暖房があつたとか。あるいは電話の使用。もう本心に精神病院の一番基本的に許されている電話をかけるという自由すら、結所の中と外に移動できるようになっておりまして、一日に一、二時間だけ許可いたしました。その後は全部詰所の中に入れてしまふわけであり、そして、全体で一回五百円の十円玉しか用意しないで、患者さんたちはその五百円分の十円玉の中で一枚、二枚と使っていく。ですから、電話の自由というのが許されていない。

それから、手紙も制限されている、検閲する。面会などは、日曜、祭日はだめだと表に堂々と張り紙がしてありまして、面会時間は十分から十五分程度で終わって下さい、そのように書いてあるわけですね。外出はもう本心に許されない状況であります。暴力や暴言があつたり、あるいはやくざまがいの人が入院患者におつてその人が取り仕切つていたり、とにかく、この病院は一体何なんだ、どうしてこういうことになったんだというのを考えるときに、私はもう本心に途方に暮れてしまふ思いがいたします。

そこで、指定医がこういう状況を見て、本心にこれは何とかしなやいけなやと思ったのかどうかかわりません。それくらい感じがいまして、先ほども言いましたように、すっかり病院管理者に牛耳られていくということでございます。

ですから、この法案、三十七条の二ができたわけでありまして、今度はしっかりと調査をしていただまして、本心にこの項が生きてくるのかどうか。そして、指定医の身分上あるいは地位上の保全もしてあげなやいけなや、公務員的な働きもするわけでありまして、処遇面とか、給料についてもやはり相当いいものを用意する。そのことによって初めて良心的な精神科医が生まれるであらうし、また大勢のお医者さんたちが

が精神科医を目指すということもあろうか、私はこう思うわけであり、

そういう現状とこの法案の、例えば大和川病院における例を挙げましたけれども、到底これは不可能な話だというふうに感じております。今回の法案でこれ以上のことを言っても仕方ないわけでありまして、ぜひともこれは今後の五年で検証させていただきたい、このように思う次第であります。

次に、私は、きょうは病院の關係の微妙な点だけを質問させていただいてあるわけであり、例えば、今度は患者さんの場合ですけれども、退院等の請求が三十八条の四に出てまいります。法文を読みますと、「精神病院に入院中の者又はその保護者は、厚生省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に對し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じ、これを求めることができる」と。これは大変な条文ですね。この一点だけで、退院を希望する患者さんがこんなにも自分の立場が認められているのかと思えば、それはもう喜ぶだらうと思ふのです。だけれども、これも現実的に行われているのかどうか、行われるのかどうか、それを私は大変憂うわけであり、

法文上は大変立派です。だけれども、一たん入院しますともう出てこれられないのじゃないか。任意入院は医療入院に切りかえられ、そして面会は許されず、外出も許されず、そのうちに社会的な適応が無理になつてきますと病院にいるしかないというふうな患者さんが何万人といると私は感じます。

この条文は一体具体的にどういうところに使われるのでしょうか、お答えいただきたいと思つております。

○今田説明員 精神病院に入院していらっしゃる患者さんが退院請求をすることについての手続につきましては規則の方で決めておりますけれども

も、入院中の者あるいはその保護者が患者の住所、氏名等を都道府県知事に申し立てる、あるいは入院中の患者さんの病院の名前を言うということとこれがスタートするわけでありますが、その結果、精神医療審査会でこれを判断いたしましたし、先ほどおっしゃっていただきました一定の退院命令等の措置を行う、こういう流れになっております。

一つは、退院を請求する患者さんがそれにアクセスできるかどうかという点がございします。これについては、まず入院時の告知でありますとか、今御指摘がありました公衆電話の設置、あるいはどこに連絡するかという電話番号を表示するといったことについては、制度的にこれを義務づけているわけではございません。

もう一つは、それを受けて実際に退院命令なり処遇改善命令というものを発行しているのかどうかという点につきましては、平成九年のデータでございますけれども、退院請求が九百六十八件、それから処遇改善請求が五十件という実績はございます。

○土肥委員 まさに今部長がおっしゃったそのデータ、入院していらっしゃる三十万人以上の患者さんの中で、最近任意入院が多いわけでありまして、年間でたつた九百六十八人しか退院請求がなかったということ、そのうち不適当と認められたのが五十九人、それから待遇改善請求ではたつた五十件しか請求がなくて、そのうち三件を不適当と認めたということがこの調査室がつくったデータに出ております。

これは何かやはり秘密が隠されている。患者さんたちはうめき声を上げながら暮らしているのに、ここまで、つまり都道府県なり審査会なりにアクセスできていないんじゃないでしょうか。あるいは逆に、病院がこれを抑えているんじゃないでしょうか。余り自分のうちの病院のことをがたがた言われると困る。そういうことじゃないかと思わざるを得ないのであります。

細かいデータを挙げれば大和川病院でも出てま

いますけれども、私は、こういうデータを見ますときに、医療保護入院だけでも八万人からの人を審査している精神医療審査会の審査状況を見ますと、いかに少ない。そうしたら、三十数万に上る精神病院の患者さんは、そのうちの千人だけ除いてあとはみんなハッピーで、退院もしたくない、あるいは一切の処遇改善の苦情もない、もうこれだったら日本の精神医療の世界は何の心配もないんじゃないかと思うくらいであります。そういう見方は誤っているんじゃないでしょうか、お答えいただきたいと思ひます。

〔委員長退席、鈴木（俊）委員長代理着席〕
○今田説明員 現在の退院請求あるいは処遇改善請求が非常に少ないのではないかと御指摘がありますが、私も必ずしもこれで十分問題が救われているというふうに言い切ることはできないかと思ひます。特にその制度が有効に活用されているのかどうか、この辺を検証する必要があるかと思ひます。都道府県格差もその中にあるわけではあります。

私もとしては、都道府県に対して、患者からの訴えというものを正しく審査会にちゃんとつなぎなさい、それから、府県も精神病院に対して、そういう権利があるんだということを確実に告知してほしいといったような形の指導はしているところでございます。

したがって、この制度を入院されている患者さんあるいは保護者等の方々が十分承知していないという点については、十分そういう権利があるんだということが当事者も含めて伝わるような、もう少しそういうことについての努力をしなければというところで、今がすべて百点満点の百点なのかという御指摘に対してのお答えにかえさせていただきます。

○土肥委員 きょうはもうこれで終わりますけれども、私は、意見を申させていただくならば、公的な機関、特に都道府県の精神病院の設置、そして政令指定都市も設置義務にして、もっと公的な病院が日本の精神医療の世界でリーダーにならな

きやいけない。せんだって国立病院でも事故が起きたけれども、事故が皆無であるというような施設は一つもないわけでありまして、それは社会福祉施設から何から全部そうでありまして、それと、やはり、公的な病院がもっとリーダーとなつて精神保健の世界を引っ張っていただかなきゃならない、そういうことだろうというふうに思ふのであります。

今、都道府県設置の精神病院は、四十七都道府県に全部設置されているんじゃないでしょうか。そして、その入院患者数は、公立病院としては何名引き受けていらっしゃるんですか。最後に聞きまして、私の質問を終わります。

○今田説明員 一つは、県立病院、法十九条の七で規定をしておりますけれども、都道府県の設置義務に対してこれを設置していない県は、鳥取県、佐賀県、大分県の三県だということでございます。また、都道府県の病床につきましては、一万七千三百九十二名というのが平成九年の病院報告等から得ているデータでございます。

○土肥委員 ありがとうございます。入院患者数が三十三万九千九百九十九人、一万七千三百九十二人が公立であるということから見ると、精神病院というものは非常に開設がしにくく、そして地域の理解を得るのは難しい。もっと行政が積極的に精神医療の世界にも乗り出して、医療のみならず、社会復帰施設、福祉の部分でもっと公立が担わないと、民間の病院だけに依存しているのでは日本の精神医療の世界はよくならないということをあえて申し上げさせていただけますか、終わります。ありがとうございます。

〔鈴木（俊）委員長代理退席、委員長着席〕
○木村委員 山本孝史君。

○山本（孝）委員 民主党の山本孝史でございます。今回の法律は参議院で先に審議がされておりますが、論点もかなり明確になっている部分があるかと思ひます。したがって、私の質問は、参議院

での審議内容を踏まえて質問をさせていただきます。

今回の法律改正におきまして、厚生省としては、精神科の救急医療システムの整備を図ってきたい。それは、移送というものを法定化して、さらにはその移送先の病院の指定基準を見直しするということをお考えのように承っておりますが、結果から申し上げます、今回のこの法律改正によって、例えば、今出ておりました大和川病院のような病院に救急患者が運び込まれることはなくなる、あるいは大和川病院のような病院が今回なくなるといふように理解してよろしいのでしょうか。

○今田説明員 当然、応急入院指定病院の基準には一定のレベルが必要であるというふうに考えておりますので、そのレベルに至らない医療機関が対象となることはないというふうに考えております。

○山本（孝）委員 応急入院の指定病院の指定基準を今度見直すとおっしゃっていますね。見直すということは、きつくるのか緩くするのかという話で、二次医療圏ごとに整備をしていくという話で、これは緩くないと整備が進まないのだから。

私が今聞きましたのは、応急入院の指定病院というが、一定の精神病院の基準というものを、搬送先の病院という形であるけれども今回つくる、そうすると、つくったときに、その病院の医療のレベルあるいは処遇のレベルというものは、今回指定をしていける中で、たとえそれが搬送先にならうかなるまいが、今申し上げている病院の処遇のレベルを厚生省としては全病院を対象に全面的に見直すというところになるのでしょうか。

○今田説明員 現在の応急入院指定病院につきましては、一つは、この制度そのものは、保護者の同意が得られない場合に応急に入院させることができる施設としてつくられた仕組みであります。したがって、結果的に非常に人数が少なかったという点、だから、それに対してそういう施設に手を挙げていただく医療機関が少なかったという点

がございます。

実際にこれから新しくつくります移送制度につきましても、これは保護者の同意が当然前提となっておりまして、ということば、言いかえれば、保護者がいてもいなくても緊急入院が必要だという場合には当然医療機関へ搬送していくという観点に立つという観点からこの緊急入院指定病院を利用しよう、つまりそれを活用しようということでも仕組みをつくらせていただきました。

したがって、この改正によりまして緊急入院で受け入れる患者の数が増加をいたしますし、それに対しての処遇につきましては、当然、患者の状態でありまして地域バランスを考慮する必要があるが、例えば、基準から著しく逸脱している病院しかないような医療圏の場合に、そこをあえて指定するのかもしれないということにならないように、そういう意味では、一定の圏域というものも考慮しながら、医療水準の今持っているレベルというものをできるだけ守れるような、そういう形でこの基準を定めるという観点に立つて関係者の御意見を聞きまして対応したい、このように考えております。

○山本(孝)委員 今田部長、今いみじくも御答弁されたように、一定の処遇レベルに達していない、あるいは処遇レベルが非常に劣悪である病院があるという認識をお持ちになって今そういう御答弁をされていると思うのです。若干私の質問に対しての答えがずれていると思うのですけれども。

○山本(孝)委員 今田部長、今いみじくも御答弁されたように、一定の処遇レベルに達していない、あるいは処遇レベルが非常に劣悪である病院があるという認識をお持ちになって今そういう御答弁をされていると思うのです。若干私の質問に対しての答えがずれていると思うのですけれども。

だからそこで、本当は全部の病院が移送先の指定病院になれるようなレベルでないといけない。

それですら、緊急入院の指定病院のレベルを低くして見直しをしようということなんだから、そこそこが、空きベッドを持っている持っていない、あるいは常に二十四時間オンコールでいられるかどうかというのは緊急の対応の問題としてはありますけれども、緊急であらうがなからうが、搬送された先の病院が非常に劣悪な処遇をしているという認識をお持ちなのであれば、今回のこの指定制度を実際に運用していかれる上で、参議院での議論を聞いておられる指定基準がいまいち明確にはされておられない。これから政令の中で指定基準を考えていかれるんだと思いますが、その折に、その指定基準というのは、いわば日本の精神病院の最低レベルはこんなんだという指定基準をお考えになるということではないと今回やっておられる意味がない。だから、これは、そういう意味合いで指定基準をしっかりつくっていただくんだという大臣の御見解をいただきたいと思ひます。

○山下国務大臣 指定病院の数が非常に乏しいということでも参議院でも議論がございました。やはり、指定病院の数をふやすということも必要でございますが、今委員のおっしゃられるように、精神科治療の病院としての水準を満たしておること必要でございます。

したがって、私ども、指定病院はただ数えふやせばいいという問題ではございませんで、基本的には、今おっしゃったように必ずしも一定の基準に該当しない病院もあろうかと存じますので、基準を定めて、そしてその水準に近づけるように努力させていただいて教をふやしていかうというように思ひます。

○山本(孝)委員 全国で三百五十五の二次医療圏があつて、参議院では二次医療圏ごとに一つないし二つの病院を指定していきたいという御答弁をされておられるのです。三百五十五の医療圏の中で、一つも精神病院がない医療圏が二十ありま

す。一つしかないというのが五十五あります。両方合わせて七十五、大体二割のところは一つないし一つもないという二次医療圏になっている。

そうしますと、今のお考えでいきますと、やはりどこかを指定しなければいけないということになってしまふ。余り選択の余地はないのです。そういう意味で指定はなかなか難しいだろうと思ひますし、それから、私も質問主意書を出させていたいただきましたけれども、国立療養所の厚労病院のようないわば国の管理しておられる精神病院の中で、本人への十分な説明もなく拘束されておられるというような、大変であつてはならないような処遇をしておられる。したがって、単に搬送先の病院の指定基準というだけではなくて、病院全体の処遇レベルをどう考えるのか、そこをしっかりとつくりたい、したがって、政省令をおつくりになる過程を国民にわかりやすいように説明をしていただきたいと思ひます。

それから、今回の御答弁の中で、医療保護入院と任意入院の明確な区分をしていきたいとおっしゃっておられる。これは今の問題と結局同じなことで、そう考えておられる中で、今後基準があつてもよいのではと考えるという御答弁がありましたので、それは一定のガイドラインをお示しになると理解してよろしいのでしょうか。

○今田説明員 今回の改正は、医療保護入院そのものが本人の同意に基づかない強制入院の一形態だということから考えまして、その要件の明確化ということから、任意入院を行う状態にない指定医が判定したことを要件といたしました。この改正によりまして、患者さんの同意能力の有無、こういったことが任意入院との間の一つの区別の要件になるというふうに考えております。

したがって、同意能力の有無につきまして御判断いただくわけでありまして、患者さんの状態の多様性ということから、客観的で一律な基準を設けることについては技術的に困難ではないかと考えておりますが、運用上の一つのありようというもののについては検討しなければならぬと考えて

おります。

○山本(孝)委員 運用上のあり方ということになるとガイドラインになりますので、運用指針として、例えばこういう場合は任意入院である、こういう場合は医療保護入院であるといういろいろな例示ができると思うのですけれども、そういう例示を含めたガイドラインをおつくりになる考えがあるかということです。

○今田説明員 それも含めて、どのような形で整理すればいいかについても検討していきたいと考えております。

○山本(孝)委員 本人の同意というところがこれまでの通達もあやふやになっている部分もありますし、今回きちっとしたガイドラインを示していただくことで患者の権利が守られる手だてになると思ひますので、ガイドラインをおつくりいただきたいと思ひます。

次の質問ですけれども、精神病質という用語が法律で使われております。第五条の「精神病者」とは「一定の定義の中に精神病質」というのがございまして、いろいろな議論があることは承知しておりますけれども、大臣、精神病質というのは精神医学用語ではありまじいので定義から削除すべきだと考えておりますけれども、このお考えをお聞かせください。

○今田説明員 精神病質につきましては、国際疾病分類、ICD10におきまして非社会性人格障害に含まれる概念ということで位置づけられているかと存じます。したがって、精神病質については医学概念ではないということから疑義を呈する御意見があるのも承知をいたしております。ただ、一方で、人格及び行動の障害としてそういったものは当然存在し、かつ、精神科医療の対象とすべきだという御意見もございまして、

に今回これに手をつけたという結論に至ったことは御承知のとおりかと思ひます。

いずれにしても、この問題につきましては、現行法のまま、このあり方については引き続き検討すべきだという御指摘もいたしておりますので、私も、これは先生御指摘のことも含めてきちっとした検討をすべきだというふうには認識いたしております。

○山本(孝)委員 部長の今の御答弁にありますように、国際疾病分類において精神障害というものはないわけですね。さのうコピーをいただいたばかりで原文に当たる時間がないので、これはもともとの原本に当たるべきだと思ひますけれども、非社会性人格障害という国際疾病分類の区分の中に、非道徳的、反社会的、非社会的、精神障害は含むというふうに書いてある。

この前後の説明を読んでおりましたも、非社会性人格障害とは、「通常、行動と一般的に社会的規範との間の不一致のために注意を惹く人格障害であり、」と書いてありますので、一般的な社会的規範といった場合は、まさに社会、文化を反映しているものですから、これは病氣ではないわけですね。

その社会に住んでおられる平均的な人間の行動規範から著しく外れた場合には、これは問題があるだろう、人格障害として考えるところはあるのでしようけれども、非社会性人格障害の特徴として、以下によって特徴づけられるという特徴の一番最初は他人の感情への冷淡な無関心、二番目は社会的規範、規則、責務への著しい持続的な無責任と無視の態度とか、こういったもので非社会性人格障害、だからあなたは精神障害者なんだというこの仕組みはかなり危ういものを私は感じるのである。その社会全体の考え方であつたは精神障害者だというふうにくくられてしまう。

日本精神神経学会は、精神病質は医学概念でないという議決をしておられますし、日本弁護士連合会も、わがままで衝動を我慢できない人物、あるいは冷酷で罪の意識が持てない、悪いのは自分

でない、周りだと考える人物は、精神病質、成人のパーソナリティ及び行動障害として非自発入院の対象とされ得るという判定をしておりますから、事例として適切かどうか知りませんけれども、今の和歌山のカラー毒事件等を見ておきますと、あの容疑者は恐らく非社会性人格障害、精神障害者だという形に受け取られかねないという気がするのであります。

そういう意味合いで、精神病質という言葉は、今検討していくという御答弁がありましたけれども、この国際疾病分類の書き方を見ても、カンマの打ち方がちよつと違ひますので、これはちよつと、精神病質がここに書いてあるからという、これはどなたが訳されたかにもよりましようけれども、もう一度原本を確認していただいて、私も確認してみますけれども、ここは検討していただきたい。部長、そういう形で検討していただきたいと思います。

○今田説明員 一つは、このICD10の日本語に訳した中で私の認識が原文とどうかという点については、私も確認させていただきます。それから、いずれにしても、これについては非常に議論が多々あるということも十分に認識しておりますので、今後私も検討していきたいと思ひます。

○山本(孝)委員 全く余談になつて恐縮なのですが、けれども、余りこの国際疾病分類を金科玉条のごとくにおしやいますと、私、いつもたばこの問題で御質問させていただいておりますけれども、国際疾病分類の中でたばこは特異的精神作用物質と書いてありますので、ここには薬物としてきつちり規定されております。そういう意味でいけば、国際疾病分類を前面に出して日本の基準をそこへ合わせていくとするならば、もっとたばこに対して厳しい対応をしていただかないと、何かパラスを欠いているような気がいたします。余り国際疾病分類を盾にとられるのはいかかという感じがいたします。

次の質問ですけれども、精神保健福祉センターについてお尋ねをしたいと思います。

私が個人的にお聞きしました中でも、精神保健福祉センターは規模や活動状況などにおいてかなりばらつきがあるというところは、厚生省もお認めになっておられます。今回は精神医療審査会がこの精神保健福祉センターに設置をされるということになるわけですが、いかにしてこのセンターの活動を充実させていくのか、その充実の方策をどのようにお考えになっておられるのか、お聞かせをいただきたいと思います。

○今田説明員 精神保健福祉センターは、各県で非常にばらつきがございます。活動の中にもばらつきがございます。これは、センターが制度として本来担わなければならない一つの義務的役割というものを今まで持っていなかったということも一つの原因ではないかと思ひますが、今回、この精神保健福祉センターに対して、通院医療費の公費負担の判定でありますとか精神障害者の保健福祉手帳の判定、それから精神医療審査会の事務、こういったことを担っていただくことになりまふ。したがって、当然、そのセンターにおける体制の充実が必要であるわけでありまふ。

私もとしては、今、精神保健福祉センターの運営要領というものを持っておりますが、これにつきまして見直しを行つて必要な体制の確保について指導を図りたい、このように考えております。

○山本(孝)委員 必要な体制の確保のために指導を行うというその指導の内容としては、あるいは厚生省としての支援の内容としては、どのようなものをお考えなのではしうか。

○今田説明員 基本的には、少なくとも通院医療費の公費負担等の業務については都道府県の業務として行つていただくわけでありまふので、そもそも県がそれに対して必要な体制整備のための努力をいただくという意味で指導を行うというふうな形にならうかと思ひます。

精神保健福祉センターそのものの設置につきま

しては、都道府県の御判断による部分でありますので、その内容についていろいろ要領でやってくれというのを私も申し上げるつもりであります。それが、それに対して経済的に云々ということにつきましては都道府県の御判断にお任せざるを得ないのでないかと思ひます。

○山本(孝)委員 例え、法律の中で今回必置にされて今まだ設置されていない七つの指定都市についても整備を進めていく、こうおっしゃつておられるわけですが、必置にするのは当然必要なことだと思ひますので必置規定を盛り込まれたのはいいことだと思ひますけれども、あとは都道府県にお任せしますというのでは、今ありますこの保健センターのそれぞれの規模あるいは活動状況のばらつきというものは是正をされずにそのままになつてしまふのではないか。予算措置はとらないのだ、地方分権の流れの中で、後でも御質問しますけれども、保健所の問題にしても何でも地方にやつていただくのだ、国はあとは存じ上げませんでは、必置をされた側はなかなか対応が難しい。やはり、我々からすれば、どの都道府県に住んでいてもこの規模の、あるいはこの活動内容を保持している、水準を保持している精神保健福祉センターが必ずあるのだということでない、必置した意味がないと思ひます。

そういう意味合いで、人口比等々によつてもちろん違ひと思ひますが、最低、ばらつきを是正していく、このレベルまで精神保健福祉センターは上げていくのだということが具体的にわかるような、部署は運営要領で示しておられますけれども、こういった人員を配置するのだとかこういふ活動をするのだとかというところのお示しもあわせてないと、必置をした意味が余りないのでないかと思ひますので、いかがでしうか。

○今田説明員 最初に御指摘ございましたように、指定都市にも全部これはつくつていただくというところで当然お願いをするわけでありまふが、一つは、運営に係ります人件費につきましては、

は入っているというふうに理解をしているわけ
でございます。基本的には、手を挙げれば受けられ
るであろうというふうに思っておりますが、いず
れにいたしましても、地方の実情によって若干の
あれはあろうかと思っております。

基本的には、そういうふうな想定のもとで老人
性痴呆疾患病棟については考えているわけでござ
います。

○山本(孝)委員 介護保険のときに、一般病院の
療養型病床群については念頭に置いて議論をして
いたと思うんですけれども、精神病院の療養施設
については少し議論から外れていたと思うんです
ね。その後の施行令等をお考えになる中で入って
きたというか、はっきり見えてきた部分だと思
いますので、きょうは余り時間があるまいので、
実際のところの介護施設としての施設基準等々の
問題を含めて、またお聞かせをいただきたいとい
うふうに思います。

時間がありませんので、最後にもう一問だけ大
臣にぜひ御答弁をお願いしたいと思っております。

障害者基本法においては、すべての障害者を対
象としております。今後、障害者総合福祉法とい
うようなものが制定されていくときには、ノーマ
ライゼーションの理念からすべての障害者を対
象とした法律をつくるべきだ、福祉法をつくるべ
きだと私は思っております。保健、医療、福祉を
一体的に提供するということが必要なのは、精神
障害者にとどまらずに、すべての障害者に同じこ
とが言えると思っておりますので、今後、障害者基本法
を踏まえての福祉法全体の見直し、あるいは新し
い障害者福祉法がつくられる折には、精神障害者
もしっかりと対象として組み込んだ、三つの障害者
を組み込んだ福祉法をぜひつくっていただきたい
という考えを持っておりますけれども、大臣のお
考えをお聞かせいただきたいと思っております。

○宮下国務大臣 障害者の福祉政策につきまして
は、身体障害者あるいは知的障害者、精神障害者
という三つの障害種類の体系で施策が講ぜられて
おりますけれども、例えば生活支援施設一つとり

ましても、末端に行きますと、非常に総合化され
ていいのではないかと感ぜられるような点がござ
います。したがって、今御指摘のように、これは
検討して、相互の連関をよく見ながら障害者福祉
の充実を図ることが必要だと思っております。

ただ、今まで議論を聞いておりますと、検討す
べき課題もありますし、総合法制の長所もあり、
また短所もあるという点もございまして、当面
は障害者別間で施策やサービスを充実して現行法
体系のもとでこの充実を図っていくということ
で、中期的な課題として検討して、ひとつ体系化
を検討してまいりたいというように考えておりま
す。

○山本(孝)委員 厚生省としては、平成八年に障
害保健福祉部をつくられて、知的、身体、精
神障害者、三つの障害者の総合的な施策の推進を
してこられている。体制はそういう体制をつくら
れているわけですね。障害者プランをつくる折に
も、各市町村、なかなか精神障害者を含めた障害
者プランをおつくりになっていないところもあり
ますけれども、しかしながら、基本的には、障害
者プランをつくる折には精神も含めたプランをつ
くれということ指導してこられておる。

したがって、今大臣もおっしゃいましたよう
に、例えば地域生活支援センターのようなところ
ろ、あるいはいろいろな施設の中では、身体の人
も知的の人、精神の人、一緒になって活動してお
られる。それがお互いに非常にいい効果をもたら
しているというお話も聞いておりますので、せっ
かく理念を持って体制もつくり、そういう施策も
進めてきておられるわけですから、最後のところ
で、この障害者福祉法をつくる折に、精神障害者
だけ違うんだ、医療が必要だから違うんだという
形で枠の外に押し出されないようにぜひしていた
だきたいということをお願いして、質問を
終わります。ありがとうございます。

○木村委員長 青山二三さん。
○青山(二)委員 公明党・改革クラブの青山二三
でございます。

法案の質疑に入ります前に建設省さんにお聞き
したいことがございますので、よろしく願いま
します。

急速に高齢化が進展しております今日、年を
とつても、また障害を持つ身となつても、生き生
きと暮らして行ける、バリアフリー化された社会
の実現が求められております。近年は、国や地方
自治体の施策も進んでおりまして、いろいろ
と頑張つてはいただいておりますけれども、欧米
に比べますと、高齢者や障害者への対応はまだま
だ立ちおくれしている感が否めません。

高齢者が住みながら家で自立して暮らすには、
危険な障害を取り除くバリアフリー化した建物が
必要でございまして、これを早急に進めていく必
要があると思っております。既に、公営や公団住宅にお
きましては高齢化対策を進めていると伺っており
ますが、それは公営住宅の中でも新築のものに限
られているようでございまして。

そこで、問題となりますのが、既存の公営住宅
の場合でございます。地方でも政策に至らない公
営住宅がまだまだたくさんあるわけでございます
が、高齢者や障害者にも少しでも使いやすいよう
にということ、一階の部分に住めるようにには
やっていたらいいわけでございます。しかし
ながら、既存の住宅には、一階部分であってもス
ロープがありませんので、ほんの数段しかない階
段でありまして上りおりが大変だ、高齢者や障
害者にとっては大変困っているという相談が今多
く寄せられております。

既存の公営住宅でまだ建てかえがされていない
ものにつきましては、応急処置といたしまして、
せめて一階部分をスロープにすることはできない
か、スロープにしてほしいというよう要望がござ
います。こうした要望に對しまして国として
はどのように対応しているのか、お伺いしたいの
でございまして。

○那珂政府委員 答えいたします。
ただいま先生御指摘の公営住宅のバリアフリー
化でございますが、先生も御指摘いただきました

ように、新規のものについては、すべてのものに
ついて一定の基準に基づいてバリアフリー化をし
た上で順次供給しているところでございますが、
既設の公営住宅につきましても、エレベーターの
設置も含めてバリアフリー化のための改善を積極
的に推進しているところでございまして。

御指摘の玄関前の階段のスロープ化、その改善
でございますけれども、実際問題、空間的な制約
がある場合が多くて、通常の改善によってはな
かなか困難な事例が多いと思っております。そのような場
合につきましては、スロープのある住戸への住み
かえ、あるいは一階のバルコニーといいますが、
ベランダ側にリフトを設置するとか、あるいはそ
ちら側にスロープを設置するとか、そちら側から出
入りをしていたらどうかというような改善などが可能
でございます。

いずれにいたしましても、住戸改善でございま
すので、個別の事情を踏まえた的確な対応を工夫
するよう、事業主体に積極的に指導してまいりた
いと思っております。

(委員長退席、佐藤(静)委員長代理着席)
○青山(二)委員 それでは、そんなふうによろし
くお願いいたします。

それでは、法案の質問に入らせていただきたい
と思っております。
今回の法律改正の趣旨は社会復帰ということに
重点が置かれていると思っておりますので、まずこの点
から順次伺ってまいりたいと思っております。

昭和二十五年に精神障害者に対する適切な医療
及び保護の提供とその発生予防を目的とする精神
保健法が制定されて以来、精神障害者に関する
施策は、社会復帰の促進という観点から、数回
にわたって法改正などの取り組みがなされてまい
りました。

精神保健法で位置づけられている施設に限
って、障害者プランにおける進捗状況を見てみま
すと、平成九年度末現在で、生活訓練施設、いわ
ゆる保護寮でございまして、これが四九・
七%、福祉ホームが三三%、通所授産施設が四二

・三%、入所施設が一八%、福祉工場が三・六%でございまして、この数字からも、平成十四年度に目標数を達成することは困難であることが容易にわかります。このような状況から、同時に、社会復帰施策の進展のおくれも危惧されるところであります。

精神障害者の社会復帰活動において極めて重要な役割を果たすことが期待されております。社会復帰施設の整備がこのようにおこなわれているという現状についての御所見を伺いたいと思います。

○今田説明員 御指摘のように、現在の社会復帰施設に対する達成率が必ずしも十分でないという点でございますが、今回の障害者プランにつきましては、平成七年にこれをつくりまして十四年を目途に達成するという意味では、時期として今ちょうど真ん中に来ております。

しかも、身体障害者あるいは知的障害者については、これまで長く整備した歴史の中から新たな目標値を設定して達成を目指しておりますけれども、いかにせん、精神障害者に対する社会復帰というものは、平成五年の改正あるいは七年の改正によってスタートを切ったという意味において、急速な整備を図らなければならない、それでもなおかつ御指摘のようなパーセンテージになっているということでもあります。

いずれにしても、そのような背景の中で、非常に短い時間ではあるけれども、この達成はぜひやっていきたいというつもりで、今後も精いっぱい努力をしていきたいと考えております。

○青山(二)委員 今、御決意をお聞きいたしましたけれども、この整備のおくれについて、その一因といたしましては、施設整備補助金あるいは運営補助金の補助水準が、身体障害者や知的障害者に比べて二分の一から三分の二と著しく低いということが指摘をされております。このために、施設設置者には過重な負担がかかっておりますとともに、施設従事者には犠牲的な労働が強いられる、そういう実態があるとも聞いております。

社会復帰施設を必要数確保するためには、運営を安定させるような財政的な支援が必要であると思っております。今回の法改正を機にいたしまして、国庫補助金の増額など、せめて同種の施設に対する補助額と同額に引き上げるべきであると思っておりますけれども、この点は大臣、いかがでしょうか。

○宮下国務大臣 おっしゃるとおり、施設の面それから運営費、職員配置その他の面を見ましても、いろいろの施設におきまして精神障害者の面が非常に劣後しておるというように見られます。

いろいろ経過があったと存じますが、これからは、やはり精神障害者も知的障害者も身体障害者も同じようなレベルで物を考えていく必要があると存じますので、あとう限り努力をして、さつき一元化の話もございましたが、そうした方向で予算的な措置も努力してまいりたい、このように思います。

○青山(二)委員 大臣の御決意もお聞きいたしました。したが、そんなふうによりしくお願いを申し上げます。

また、精神障害者の社会復帰施設の建設の問題につきましても、地域住民の精神障害者に対する偏見には根深いものがございます。それが精神障害者の自立促進の大きな妨げにもなっているのをごさいます。実際に、社会復帰施設の建設に当たりますと、受け入れ地域の一部に反対運動が起りまして建設を断念するケースが目立つという報道もございまして、このような偏見や差別を撤廃する施策として、国民の啓発活動の促進をぜひ図るべきであると考えております。こうした問題につきましても厚生省はどのように対応しているのか、お伺いをいたします。

○今田説明員 精神障害者の社会復帰施設の整備が、反対運動によって、あるいは地域住民の理解が得られないことによって挫折してしまう場合があるという御指摘、このようなことが起こるといふのは非常に残念なことだとまず思います。地域社会で精神障害者の社会復帰あるいは自立

といったものを促進する上では、どうしても地域住民の皆さん方の理解と認識を深めるということが最大限必要なことだと思っております。したがって、こういった視点に立って、障害者プランにおいても、社会的な誤解や偏見の是正を図るという方向で努力するようにという御指摘もいただいております。

ただ単に偏見というふうなところえ方もあります。ところが、精神障害者の社会復帰施設で地域と本当にうまくやっていらつしやる地域が現にあるわけですね。そういったところで本当に理解と協力を得ながら円滑に運営されている実績、その事例を通して、あるいはその事例を支えることそのものもいわば偏見の是正の一端だろうというふうに思っております。

したがって、私ども、既存の成功例、うまくやっていたらつしやることを大いに応援もしなければなりません。そういった事例をほかの地域でも紹介していただいて、そういった形でうまくやっているのだということを絵姿できちんと見ていただけるようなことも一つの手段になるのではないかと思います。

いずれにしても、そういったものにつきましても、保健所あるいは精神保健福祉センターが一つの役割として偏見の除去等に対する努力もしていただくわけでありまして、そういったことも含めていろいろな情報を差し上げながら、あるいは各市町村が行っている障害者の明るいくらし促進事業の中でも同様の事業を行っておりますので、いろいろなデータを差し上げて、そのことを皆さんに理解いただけるというために、私どももそういった意味での努力は惜しまずにやらなければならぬというふうな思っております。

○青山(二)委員 こうした問題はなかなか難しいと思っておりますけれども、これからは努力していただくかと思っております。それでは次に、長期入院患者の現状についてお伺いをしたいと思います。

活支援の整備のおくれなど、社会的な受け皿不足が長期入院が一向に減らない要因の一つとして挙げられております。長期入院者の病状はさまざまであると思っております。入院者総数三十三万人の約半数以上は、病状はおさまっているけれども帰る場所がないために退院ができないといういわゆる社会的入院であるとも言われております。

精神病院に入院している患者さんの平均在院日数を見ますと、新しく入院される方は比較的短い期間で退院をされておりますけれども、五年以上という長期入院の場合は、昭和五十八年で四七・八%、平成八年で四六・五%と、ほぼ変わっております。こうした実態をどのように認識されているのでしょうか。

○今田説明員 御指摘のように、特に長期の入院をされていらつしやる患者さんの割合というのが余り変化をしていない。短期の方は比較的、どんな入院期間が短くなっておりますけれども、長期の方々が、これだけ時代が推移したにもかかわらず、なぜそれだけの時代が推移したにもかかわらず、基本的には、現在の施設体系の中で病院から出ていくための社会復帰のための受け皿づくり、これがやはり必ずしも十分でないという点について意を配さなければならぬというのが一つでございます。

もう一つは、例えば米岡におきますナーシングホームのようなある種の生活的な部分も視野に入れた施設類型、あるいは医療と福祉がうまく相乗しているいわば中間的な施設、あるいは急性期において非常に濃度の高い医療サービスを提供しなければならぬそういった人たちが、そういったものを精神病院、精神病床という一くくりの中でこれまで支えてきていただいているという点にやはり一つの解決策を見出さなければならぬのではないかと思います。

したがって、現在、今の精神病床における施設類型というものをもう少しきちんと見直して、適切なサービスと適切な人員、そういったものも含めて、ある程度その類型を見直した形で長期入院

の問題を解決する必要がある。つまり、今二つ申し上げました、一つは受け皿の問題、一つは今の精神病院をどう考えていくかという問題、この二点について今後検討を進める必要があるというふうに認識をいたしております。

○青山(二)委員 それでは次に、精神障害者に関するホームヘルパーについてお伺いをしたいと思います。

精神障害者の在宅施策の充実を図り、在宅で介護している精神障害者の家族の負担を軽減するためには、市町村を主体としたホームヘルプサービス事業が今回法定化されることになりまして、その効果によるサービスの普及が今大いに期待をされているところでございます。しかし、今後、介護保険が始まることによりましてヘルパーの数も相当数必要になってくるのが考えられますけれども、この精神障害者に関するヘルパーの人数は必要だけ確保されるのか、また、ホームヘルパーの養成はさまざまな養成研修機関で行われておりますけれども、ヘルパーの経験や熟練度は要求されないのか、また、精神障害者に関する研修等を特別に行う必要があるのではないかと、いろいろ心配される点がございます。

精神障害者に関するホームヘルパーの養成について、具体的な取り組み、どのように考えているのか、お伺いしたいと思います。

○今田説明員 新たに法定化をされますホームヘルプサービスについては、十四年度をもって施行するということになっております。したがって、この間、どのような形で今御指摘のような問題を解決していくかという御質問かと思えます。

まず一つは、ホームヘルパーの皆さん方がホームヘルプという事業の中で初めて精神障害の方々と接するわけでございます。しかも、一般の介護のように寝たきりの人に食事をつくってあげるとかお風呂に入れてあげるということとは若干違った面があるという見方もあろうかと思えます。つまり、どういったサービスをどのようにしていくかということも十分検証していかなくならないと

いう観点に立ちまして、今年度から、精神障害者の訪問介護試行的事業、いわゆるホームヘルパーの試行事業を行うことといたしております。

その中で、今申し上げたホームヘルパーによります訪問のやり方あるいは回数の問題、幾つかのものを積み上げて、一定のルールというものがあろうかというものを決めていく必要があるかと思えます。しかも、ホームヘルパーに対する講習というもののうち盛り返込んでございます。現在九時間の講習を行うということをやっておりますが、これで十分かどうかは別といたしまして、そういったことを通しながら、どういったことが講習として適切な内容なのかということもその中から一つの答えを出していきたい。

いずれにいたしましても、十四年の法施行までにはこういった具体的な検討を詰めておく必要があるということ、私どももそういった体制の整備に努力していきたいと考えております。

○青山(二)委員 介護保険が導入されるということ、ホームヘルパーさんの数も本当にたくさん必要になってくるわけでございますから、今からしっかりと体制をつくっていただきたいと思えます。

それでは次に、障害者プランの実現に向けてお話を聞きたいと思えます。

平成七年に障害者プランが出されて、身体障害と知的障害に加えて、精神障害を対象とする福祉施策につきまして数値目標が設定され、ようやく三障害合わせた目標が定められました。この障害者プランは精神障害者社会復帰施設の整備計画が盛り込まれたものでございまして、平成八年度から十四年度までの七年度に、精神障害者について、約二千人、二万五千人の社会復帰施設等の整備目標が示されたわけでございまして、これは大変大きく期待をされております。

しかし、社会復帰施設の整備は、地域の実情を考慮に入れても順調に進んでいるとは言いがたい厳しい状況がございます。今回の法整備に当たりましてその裏づけとなる重要な障害者プランであ

りますので、地域福祉の充実のためにも、今後の精神科医療において最も重要な課題の一つとして全力で取り組んでいただきたいと思います。

この夏の予算の概算要求に向けて準備もされていることと思えますけれども、福祉関係予算の十分な確保とともに、障害者プラン実現への御決意について、大臣にお伺いをしたいと思います。

(佐藤)委員長代理退席、鈴木(俊)委員長代理着席

○宮下国務大臣 障害者プランに基づきます社会復帰の施設対策でありますとか地域対策、社会復帰対策としては、生活訓練施設とか授産施設あるいは福祉ホーム、福祉工場等がございまして、今回生活支援センターも加えました。そして、地域対策としては、ホームヘルプサービスあるいはショートステイ等を従来ありますグループホームに加えて整備することといたしております。

こういってことでは、着々体制はできておりますが、この箇所数の増加等につきましては、先ほどもお話ございましたように、十四年に完全に完成できるかどうか、多少進捗等問題がございまして、私どもとしては、この障害者の自立等支援をするために、あと限り予算要求もしてまいり、実効性のある体制をつくってまいりたいと思えます。

○青山(二)委員 大臣もいろいろと福祉関係では御苦労があると思えますけれども、しっかりとこの点もお願いいたします。

それでは次に、改正案の趣旨の一つとなっております精神障害者の人権の配慮と適正な医療の促進についてお伺いをしたいと思います。

現在、精神病院の任意入院患者は全国に二十三人おられますけれども、その半数近くが法的手続なしに閉鎖病棟に入れられておまして、治療上の必要性がない場合も含めて閉鎖処遇が行われているという実態があると思えます。人権確保の観点からも、こうした事態は、自分の意思で入っているはずの任意入院患者の人権に配慮して

いるとはとても思えません。

公衆衛生審議会の意見書におきましても、精神病院の任意入院患者の約半数近くが閉鎖処遇の実情にあるが、入院制度の趣旨を踏まえ、任意入院患者は開放処遇とすること、しかし、任意入院患者の病状が悪化したときなど、その治療上やむを得ない場合に限り、閉鎖処遇を行えることにすることとありますように、みずからの意思で入院した任意入院患者が意に反して拘束を受けることのないように、原則的には開放処遇を受けられるよう明確化する必要があるのではないかと。任意入院患者の開放処遇について、明確な基準のもとに推進していくべきであると私は考えておりますけれども、大臣の御所見を伺いたいと思えます。

さらに、精神病院における閉鎖処遇を第三十七条第一項に基づく処遇とすることが提言されておりますけれども、この閉鎖処遇の定義と内容についてはどのような方向で検討をしていくか考えなのか、伺いたいと思えます。

○今田説明員 大臣のお答えの前に若干御説明申し上げますが、御指摘のように、任意入院の患者さんが基本的に開放処遇を受けるということとはやはり大事なことであり、開放処遇とは一体どういうことをもって言うのかということも実は問われることになりまして、開放処遇の基準については、少なくともこの施行に当たりましてはきちっとした定義を明確なものとして検討した結果をお示しする必要がありますかというふうに思えます。

いずれにしても、今回の改正が、少なくとも任意入院をしていられし方は開放の中で、しかも、任意入院であってもやむを得ず拘束することがある場合には、それを担保できる、例えばカルテの記載等も含めたある担保する仕組みあるいは指定医のかかわり、いろいろなものをそこに付与することによって、むやみに人権上の侵害が起らないような、そういう配慮をしなければならぬというふうには考えております。

○宮下国務大臣 任意入院患者につきましては原則として開放処遇を行うべきであるというの、御指摘のとおり当然であろうかと存じます。

しかし、今委員の御指摘のように、衛生審議会における審議の結論も示されまして、例外的に閉鎖処遇を行うこともあり得る旨の記述がござい

ますが、私どもとしては、これらの閉鎖処遇を行うに際しての基準につきましては、隔離などと同様な行動制限の一種として位置づけまして、一定の要件、手続を明確化することによって不当な処遇がなされないようにして、人権に配慮してまいりたいと思います。

○青山(二)委員 人権の尊重ということで、これは大切な問題だと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

今回、患者の人権尊重の観点から問題の多かった仮入院制度が廃止されたということは当然でございますけれども、医療保護入院につきましては、本人の同意に基づかない強制入院の一種であることを考えますと、その運用は限定的になされるべきであると考えております。

改正案には、任意入院が行われる状態にないと判定された者と規定いたしておりますが、本人の判断能力が不十分である場合に限ることとされ、医療保護入院の要件が明確になったとしておりますけれども、この規定でその要件が明確になったと言えらるのでしょうか。医療保護入院の対象者について入院の客観的な判断基準をどのように考えるのか、お伺いしたいわけでございます。また、それを具体的に示すべきであるとも考えておりますが、いかがでしょうか。

○今田説明員 先ほどの御質問にもございましたけれども、この医療保護入院の要件につきましては、従来は医療及び保護のために入院が必要なる者、このように規定をされておりました。概念上は同意能力がある精神障害者も含み得る、そのような規定になっておりました。

今回は、この医療保護入院が同意に基づかない強制入院の一形態だということから考えまして、

任意入院を行う状態にない指定医が判定したという新たな要件に加えることによって、同意能力の有無によって任意入院との間の区別が明らかになるということから、結果として不適切な医療保護入院が行われなくなるということを期待しているわけであります。

この判断につきましては、症状等もございまして、一律な基準が適切につくれるというたぐいのものかということになりますとなかなか難しいとは思いますが、先ほど御答弁申し上げましたけれども、それをどのように運用すべきなのかという一つの運用の仕組みみたいなものについては、やはり検討しなければならぬというふうに思っております。

そのような形で、いずれにしてもこの医療保護入院が適切に運営されますように努力はしていきたいと考えております。

○青山(二)委員 それでは、先ほど大和川病院の事例が質問の中で出ておりましたけれども、昨年は新潟県の国立療養所の厚生病院の精神科棟に入院していた患者が拘束中に窒息死したこともありまして、不当な患者の処遇の実態が明らかになり、精神医療のあり方に大きな波紋を呼んでいるわけでございます。厚生病院は、入院患者の社会復帰に力を入れてまして、患者の家族との勉強会を開くなど良心的な病院として知られていただけに、このような問題があったことは、精神医療のあり方に重要な影響を与えるものとして大いに反省しなければならぬ点ではなからうかと思えます。

このような密室性が高い精神病院のあり方に対してしまし情報公開を求める声が強まっているのも、やはり人権侵害の発生が絶たない現状があるからにはかなり残念です。これにつきましましては、公衆衛生審議会の意見書でも早急に検討すべきであると指摘をされております。医療法上の情報公開を含めて検討すべきことは当然ですけれども、ここでは、精神医療に関する情報公開についてどうあるべきかにつきまして、大臣の御所見を

伺っております。

○宮下国務大臣 今御指摘のように、公衆衛生審議会の意見書中にも情報公開の推進について御意見をいただいておりますが、この公開の問題は医療提供体制全体の問題でもございまして、私どもとしては、今医療法の見直し、医療提供体制の見直しの中で、カルテ開示とかインフォームド・コンセントとか、いろいろな情報開示の問題につきましまして検討を進めておりますので、その一環として、またあるいは精神医療の場合の特殊性をも加味しながら、そうした情報公開の方途について結論を得たいと思っております。

○青山(二)委員 それでは、質のよい精神医療におきましては、やはり精神病院の経営の安定も必要であると考えております。人権侵害事件が後を絶たない背景には、精神病院の入院医療費が一般病院の半分以上という事実が象徴される安上がりな医療政策もあるとの指摘もございまして、これは、精神病院では医師や看護婦の定数が一般病院よりも少なくてもよいとする医療法上の特例がありまして、看護基準に応じて支払われる今の診療報酬の仕組みでは、こうした少ない職員配置に見合うように、精神科医療に対する健康保険の診療報酬は低く設定をされております。

現在の診療報酬体系では、精神医療の特殊性や必要とするマンパワーの時間や期間などが十分に考慮されてはおりません。たとえスタッフがグループ活動やあるいは相談事業などを行った場合も、医療点数の対象になっていないものが多く見られております。このような診療報酬に結びつかない治療時間や、時間が長くなる患者や患者やパーソナリティー障害の患者さんの治療を行えば行うほど赤字になるということもございまして、精神科専門技術者の評価も低いということが指摘されていくわけでございます。

質のよい医療を提供するためには、精神科医療の診療報酬体系を適正なものに見直すとともに、医師や看護婦等の拡充に向けて早急に改善すべきであると思っておりますけれども、今後の対応について

伺います。

○宮下国務大臣 精神科特例の話も今までの議論で出ております。医師あるいは看護婦の配置基準の問題、それから技術者の評価の問題等、一般的に医療問題として今検討中でございまして、薬価差益に基づく社会保険医療でなく、技術尊重の医療体系にしたいというのが私どもの基本的な考え方でございます。これは中長期的な議論されてまいりますが、今御指摘のような精神医療に携わる先生方の技術評価あるいは医療関係者の評価というものも適切にその中で位置づけられるように、今後の検討課題の中で結論を出していきたい、このように思っております。

○青山(二)委員 それでは、最後の質問になりますけれども、精神医療審査会について伺いたいと思っております。

患者の人権擁護機関として都道府県には精神医療審査会が設置をされておまして、患者はここに処遇改善や退院などを訴えることができることになっております。

しかし、現状は、措置入院の措置を行う都道府県等の監督部局がその事務を担っております。審査会の事務局が病院と関係が深い自治体の担当部局にあるために、患者が審査会に電話をしまして、事務局からすぐに病院にその事実が知られてしまし問題なしと判断されていたというなれ合いがあったことや、人権擁護機関としての機能を十分果たしていなかったことが新聞報道などで指摘をされております。これも先ほどいろいろと質疑が行われておりましたけれども、こういう実態がございまして。

さらに、国連で採択されました精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスの改善のための諸原則におきましても、退院請求や不服審査に関する審査は独立した公正な機関で行うことが求められておまして、精神障害者の人権にかかわる審査を行う審査会の機能強化のためには審査会の独立性を高めることが重要であると考えています。今回、審査会委員の上限の撤廃とその権限の強

化によって審査会の責任はさらに重くなっているわけですが、その委員の構成についても、PSW、いわゆる精神保健福祉士などの専門職を加えるなど、より充実したものにしていくべきであると考えております。そして、患者さんの人権を保障するためには、独立した第三者機関として審査会を機能していくべきであると考えております。今後の審査会のあり方について大臣の御見解を伺いたいと思います。

○宮下国務大臣 今回お願いしております改正におきまして、精神医療審査会の独立性を高めるといふのは人権擁護の点から主要なポイントと考えております。

そして、その独立性を確保するために、委員の数を、十五人以上というのを、これを五人単位で、この制限を取つたことによって実情に合わせた。それからまた、審査会の独自の調査権限として、従来の意見聴取権限に加えて、患者本人の同意を得た上での診察権限、診療録等の帳簿書類の提出命令及び関係者に出席を命じて審問する権限を付与するというようなことも行うようにいたしております。また、今質問にもございましたように、審査会の事務を、専門性を有します、県の担当課から独立した職務執行が期待できる精神保健福祉センターにおいて実施すること、このようないろいろの諸措置を講じまして精神医療衛生の独立性が確保されまして、入院中の精神障害者の適正な処遇の確保と人権の擁護が図られるものと考えております。

○青山二二委員 時間が参りましたので、この審査会にしましてはぜひとも第三者機関をきちっと設置していただきたい、このことを要望いたします。質問を終わらせていただきます。大変ありがとうございました。

○鈴木俊一委員 長代理、次に、児玉健次君。

○児玉委員 日本共産党の児玉健次です。私は、日本の精神医療において、あしき典型の一つとして多くの国民の関心を集めた三重県多度病院の問題についてまず質問します。

この病院は、二百八十六床、医師六名、うち非常勤二名、精神科特例にも医師は一名不足しています。五十の病室のうち、開放病室は男子の八室のみです。女性の病室はすべて閉鎖病室です。病室の七割が畳またはビニールシートが敷かれた部屋であって、保護室は五つ、板の間で、五つとも常に患者が入っている状況でした。

この病院でことしの初めインフルエンザが流行し、インフルエンザによると考えられる方が八名、判断困難者七名、インフルエンザの関与とは考えられない方四名、計十九名が短期間のうちに亡くなりました。

皆さんに資料をお配りしておりますが、ちょっと見てください。女子の方は全部閉鎖病室です。それから比較のしようがないんですが、男子の場合、こちらのとおり、閉鎖病室で先行してインフルエンザが発症して、そして少しくれて開放病室に移る。患者数の多少がありますから単純に比較はしにくいけれども、冬も窓が閉め切られている閉鎖病室をインフルエンザが文字どおり直撃したというところはこの資料からもおわかりだろうと思います。

厚生省に伺いたい。多度病院の場合、この時期、任意入院、医療保護入院、措置入院はそれぞれ何人だったでしょうか。

○今田説明員 厚生省の方からの問い合わせによりますと、平成十一年の二月の十五日に実施をしたものがございまして、これによりますと、三重県の多度病院におきまして任意入院患者が百五十九名、医療保護入院患者が百一十一名、措置入院患者が一名の計二百七十七名でございまして、

○児玉委員 その二百七十七名の患者さんの入院期間はどうかでしよう。

○今田説明員 その時点での入院期間別の患者数でございまして、三カ月未満が二、三から六カ月が六、六から一年が六、一番多いのが一年から五年未満というところで二九、それから五年から十年で一七、十年から二十年で二四、二十年以上で一六という状況になっております。

○児玉委員 今、パーセンテージでお答えになったので余りびんごないのだけれども、事前に私が調べたのでは、十年から二十年未満が六十七名ですね。それから、二十年以上の入院者が四十三名です。そういう状況であった。

そこで、私は、大臣にこの点は率直に要望したいわけですが、精神障害者の社会復帰を主眼とする今回の法改正を契機にして、今の例からもわかるように、任意入院の多数が閉鎖病室に入っているというところは明らかですから、閉鎖病室、閉鎖病室は基本的には廃止の方向で、そして当面、少なくとも任意入院の患者が閉鎖病室、閉鎖病室に入るような状況は速やかに解消していく。そして、保護室についていえば、患者の人権に十分配慮して抜本的な改善をする。

それを、単なる方針とか何とかでなく、法三十七条にこう書いてあります、「精神病院に入院中の者の処遇については必要な基準を定めることができる。」こうなっていますから、法三十七条に基づいて、病棟、病室の構造、設備を含めて処遇の改善を明確に定めていただきたい。今、青山議員が御質問になったことと重なりはしますけれども、三十七条との関係でお答えをいただきたいと思ひます。

○宮下国務大臣 先ほどもお答え申し上げましたが、任意入院患者につきましては、原則として開放処遇を行うべきものと考えております。

そして、今、三十七条の第一項の御指摘がございましたが、精神病院入院中の処遇につきまして必要な基準を定めることができるという規定がございまして、閉鎖処遇を行う際の基準につきましては、隔離などと同様に行動制限の一種として位置づけまして、一定の要件及び手続を明確にすることにより、不適切な処遇がなされないように対応してまいりたいと考えております。

○児玉委員 次の問題ですが、多度病院のことをいろいろ見ておきますと、朝日新聞の九九年の二月二十三日にこういう報道がありました。「死亡

した患者の一人は病室で体調が急変し、助けを求めて自力で廊下に出た。しかし、力尽きて看護婦の詰め所の前で倒れていたところを、別の患者が発見した。」本当に痛ましいことですね。

先ほどお話があったように、入院患者四十八人に医師一名、入院患者六人に看護婦一名、精神科特例の問題がこのような事態の背景にあると私は考えます。

参議院に参考人としておいでになった日本精神病院協会長の河崎茂氏は、精神科特例に触れて次のようにおっしゃっている。「終戦までの日本の一つの考え方というのか国の考え方、それが精神障害者対策に影響しておったんではないか。」一格子を入れて社会から隔離して、医療というよりも隔離というふうなことで来た、そのこと自身がやはりいまだに尾を引いておる。」私はこの御指摘に全く同感です。

実は、私自身がこの問題を最初に取り上げたのは、一九八七年九月の衆議院の社会労働委員会の場でした。それで、当時の厚生省の竹中治治健康政策局長は私にこう答えました。「最近におきます精神医療をめぐる状況の変化あるいは現場におきます業務量、人員配置の実態等を十分踏まえて、今後検討してまいりたい。」

それからもう十二年たっています。精神医療をめぐる状況の変化というのは、この審議以来、非常に今は日本の精神医療が大きく前進しつつあるという点で、かなり展望を持ってきたるようには私は思ひます。そういう中で、この法改正を契機にして精神科特例の抜本是正を行うことが避けて通れない課題だと考えます。この点についても大臣のお考えを聞きたいと思ひます。

○宮下国務大臣 精神科特例は昭和三十三年につくられました。当時のスタッフの充足状況とか慢性的な精神障害者が多かったこと等でもういろいろのことがつづられたようにお聞きしておりますが、現在、一般医療につきましても、医療の基準の問題、医師の配置の人数、あるいは看護婦さんの問題等を検討中でございます。そういった中の一

環として精神科特例のあり方についても議論し、改善をしていきたいと思います。

○児玉委員 それはぜひそうしてもらいたい。まさか十二年たつようなことがあつては決してならない、極めて速やかにやっていただきたいと思ひます。

次に、精神医療における診療報酬についてでございます。

もちろん、これはこの法案の一部改正と直接結びつくものではありませんが、しかし、日本の精神医療の重要な土台、支えになっております。私はこういうふうに思うんですね。精神科における診療報酬の劣悪さと先ほどの精神科特例が相乗的に働き合つて日本の精神医療を困難にしているんじゃないか、それが私の感じですが。

そして、精神科の診療報酬は、低い水準に抑制されていることが問題であるだけでなく、その内容についても大きな問題を含んでいる。いろいろな例を挙げたいんですが、ほんの一例を挙げましょう。

入院精神療法、これが、入院三月以内は、週三回を限度に指定医が行う場合、三百六十点。この三百六十点が低きに過ぎるという点については、参議院の審議の中でも何人かの方が指摘されておりました。私もそう思う。

それで、この機会に言いたいのは、同じく指定医が入院精神療法を行う場合に、三月を超えたらどうなるかという問題です。三月を超えたら、週二回を限度に、三百六十点が一挙に百五十点に減じられてしまふ。そして、六月を超えたら八十点になる。三月、六月を経過したら入院精神療法の必要がなくなるのか。

私は、この点で何人かの精神医療の専門家の御意見を伺い、かつ、精神病院にも行ってまいりました。ある専門家は、病状が不安定で回復期にある患者に対して、急性期というところと慢性期との間に亜急性期を設定することが重要だ、こういうふうに述べられて、精神療法が百五十点、八十点と急減するのはまさしくその時期と重なつてい

る、病状が不安定で回復期にある、適切な医療がそこで保障されたら確実に症状が軽減し、そして社会復帰に向けて、初発の段階に比べて若干おくれればせめてはあるが、確実にその方向に向かうと。私が訪問した病院の指定医のあるお医者さんは、この百五十点、八十点と急減される時期、しかも回数が制限されているわけだけれども、たとえ診療報酬の対象とならなくても週二回を超えて精神療法を行っている、効果が確かめられている、こういうふうにお話しになっているのです。

これは全くの一例ですが、精神科の診療報酬を、点数と内容をあわせて精神医療の前進に寄与するよう改善していただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○羽田政府委員 精神科の技術料の診療報酬上の評価についてのお尋ねでございますけれども、私ども、今日まで、入院精神療法あるいは通院精神療法、標準型精神分析療法等の精神科の技術料につきまして、逐次点数の引き上げを行うなど、段階的にその充実を図ってきたつもりでございます。

今日、十分かどうかということについての御議論、あるいは、今お話のございましたように、急性期についてはある程度集中的な医療を行うということを評価して高く設定をするというふうな形についての御議論、診療報酬をめぐるしましては、精神領域のみならず、いろいろな議論もございまして、今、診療報酬上における技術評価のあり方というところにつきましては、現在の診療報酬の技術改正の中におきましても議題として組上に上がっている重要な課題でございます。

そうした中で、精神科の技術料につきましても、お話しのような視点も含めまして、どのような形で技術料評価をしていくのがいかなにかということにつきまして、中央社会保険医療協議会を中心に具体的に検討をお願いいたしておりますので、その結果を見まして、今のような技術料の問題を今後の一つの大きな課題として取り組んでまいりたいというふうに考えるところでございます。

○児玉委員 今羽田局長のお話のように、私が指摘した内容をも踏まえてこの点の是正の検討をする、そのようにしていただきたいのです。そこで、次にもう一つ、長期入院の問題です。先ほどの三重のケースを見ても、長期入院が大変な状況にある。そこで、その対策の焦点の一つは、長期入院重症者、急性増悪の再現の方も含めて、こういう方に対する適切な医療をどのように保障するか、ここが今問われていると思ひます。長期入院というのは症状の軽い患者であつて、即社会的入院、こういう理解には問題があると私は考えます。長期入院重症者、そしてその方たちが苦しんでいる合併症の問題を含めて、国公立病院、とりわけ国公立病院が果たすべき役割の大きさが今求められているし、問われているのではないかと。こういった最も困難を抱えている精神医療の領域において国公立病院が指導的な役割を果たす、その点について厚生省のお考えを聞きたいと思ひます。

○伊藤(雅)政府委員 お答えいたします。国立病院・療養所におきましては、平成八年の国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針、及びことしの一月十四日に公衆衛生審議会の意見をいただいたおきまして、特に、この公衆衛生審議会の意見書におきましては、国立病院・療養所につきましては、再編成・合理化の基本方針に基づき、精神科救急への対応、薬物依存や合併症を有する患者への対応に重点を置くこと、こういう御意見をいただいております。私どももいたしまして、国立病院・療養所におきましては、他の設立主体では対応が困難な精神科救急への対応、薬物依存と並びまして合併症を有する患者への対応など、その役割を真に国として担うべきものに特化していくという方針で対応しております。先生御指摘の点を踏まえまして国立病院・療養所としての役割を果たしていきたいと考えております。

ただ、国立病院・療養所が政策的医療に特化するという点については私たちが強い異論を持っておりますので、そこは述べた上で、しかし、今言った点についてはその方向を強めていただきたい、私はこう思ひます。

次の問題ですが、昨年九月、精神保健福祉法に関する専門委員会報告書、これが出されました。読ませていただきました。その中で、精神科の病床を一般病床に做つて急性期と慢性期に区分することの検討が提起されています。初発の段階で必要な医療を十分に保障することの重要性はだれしも認めるところで、しかし、長期入院については、先ほど若干私が述べたことから明らかなように、慢性というふうな一般化できるようなものはそう多くはありません。むしろそこに精神医療のあり方が問われている。

それで、専門委員会の報告書が出された後、ことしの一月に、精神科病床等の在り方に関する検討部会報告書が出されて、その中でこういうふうな述べていらっしゃる。急性期や慢性期といった時間軸のみによる区分、これはどんなものかという指摘がそこですでございます。まさにこれは重要な指摘だと私は思ひます。精神科の入院医療が、急性期に対応する部分と、そしてもう一つは、現在よりも医療スタッフの配置をさらに手薄にして、例えば入院患者百人に対して医師一人、そういう形式で施設化する。急性期と施設の二極分化に向かひはしないか、そういう懸念を持つのですが、この点いかがでしょうか。

○今田説明員 御指摘のように、病床のあり方についてはこれまでさまざまな議論もございまして、例えば医療法の見直し議論の中で、急性期と慢性期をどう考えていくか、その中で精神医療といふものをもう一度とらえ直したときにどうあるべきかという意味において御意見を賜りました。今御指摘のように、それを単に期間だけで把握することが的確な対応になり得るのかどうか、こういった御意見もございました。

○児玉委員 一言言つておかなければいけないの

片や、一般医療におきましては、療養型病床群という制度もございます。あるいは老人保健施設もあります。いろいろな施設体系がそれぞれの制度の中で構築されている中で、精神医療が結局は精神病院という一くくりの中で位置づけられているという点について、これは何らかの形で見直さなければならぬという視点に立った形でこういった御意見を伺ってまいりましたのでございます。

ただ、今言った幾つかの御指摘される問題点も含めて、今長期入院のあり方も含めた施設のあり方について、医療法の議論を念頭に置きながら公衆衛生審議会の方で鋭意御議論をいただいて、最もふさわしい施設類型というものについての結論をいただければというふうに思っております。

○児玉委員 時間ですから、最後に大臣にお伺いしたいのです。

宮下厚生大臣は、この法案の提案理由の中で、「より適正な精神医療の確保を図るための所要の措置を講ずる」、こういうふうにお述べになりました。まさに今それが必要だと思っております。これまでの日本のどっちかという隔離を主体とした精神医療から、適切な時には集中的、濃厚な治療もやって全体として社会復帰を図っていく、その方向での日本の精神医療の言ってみれば大きな改善を図るべき時期に来ていると思うのです。この点について大臣の考えを聞いて、終わりにしたいと思っております。

○宮下国務大臣 いろいろ貴重な意見を承りました。特に、適正な精神医療の確保ということが今回の法律改正の主眼でもございますから、御意見をよく留意いたしまして、今後運用を期してまいりたいと思っております。

○児玉委員 終わります。

○鈴木(俊)委員長代理 中川智子君。

○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。

まず、私、二年ほど、こちらの電話というボランティアをしております。地域の中で心にいろ

いろ悩みを持っている人たちが、気楽にというか、病院に行く前に本場にすぎるような気持ちで電話をしてくださる。こちらのボランティアをしておりますときに、本当に心を病んでいる人たちがいる。しかし、社会の偏見の中でなかなか病院の戸をたたくことができない、そのつなぎとめがほとんどボランティアによってなされているという実態があります。

その経験などを踏まえてきょう質問をしたいと思うのですけれども、今回の法改正、十年間でたびたびの見直しということがありまして、三度目の法改正になるわけですから、いわずもがな、この部分、社会の偏見、またマスコミなども、事件を起こしたときにそのような精神疾患の病歴があるということを書かれること、それによって社会不安を生み出し、なかなか偏見が取り除かれない。ですから、基本的にこの日本の政策というのは、社会防衛に立ってきた、人権よりも社会を防衛するという形で進んできたことが大きな不幸を生み出してきたというふうに思っております。

そして、最近でも精神病院のスキャンダルというのを後を絶ちません。また、このように新聞に載るのは本場に氷山の一角ではないか、もっともっと実態は悲惨な状況がなおありつつ、新聞報道されるのは氷山の一角ではないかと思っております。

そこで、なぜこんなに精神病院のスキャンダル、事件というのがたびたび起こるのだろうか、この原因は一体どこにあるとお考えかというのを、最初に大臣にお伺いしたいと思っております。

○宮下国務大臣 委員の御指摘のように、二十五年に法律がつくられて以来、たび重なる改正が行われておりますが、初期には確かに社会防衛的な色彩が強かったと思います。しかし、特に六十二年の改正を契機といたしまして、人権への配慮その他の他が強くにじみ出て、そういった視点の対策がとられるようになってきたように私は承知しております。

ただ、今いろいろの事件、人権侵害の事件とか精神病院をめぐる事件等が報道されているという実態が存在しておるわけですが、これは、人権侵害を防ぐための法制度の不備もあるのではないかとこともございます。そのさらに基本には、身体障害者あるいは精神障害者、そういった障害者に対する人間としての尊厳性、価値観を認める社会全体の風潮が乏しいのではないかと私は思っております。こうしたことは直していかなければなりません。

しかし、直接的に法改正と関連いたしました、病院が改善命令に従わない、さっきの大阪の病院の例もございましたし、また、精神保健指定医が必ずしも十分な機能を果たしていないという御指摘もございました。そしてまた、精神医療審査会も、これらの弱者の人権を擁護する立場の機能が十分果たされていないというような問題もございました。

そういった視点を踏まえて、改正の一々については申しませんが、審査会の権限強化を図るとか、精神保健指定医の役割を強化させていくとか、保護入院制度の要件を明確にするとか、改善命令に従わない場合の実効性については先ほどいろいろ疑問が提示されましたが、精神医療に対しての指揮監督を強化していくとか、万般の法律的な改正は今回そういう点に視点を置いて改正をいたすようにしておりますので、この点を踏まえまして、あとはこの改正によって実効性をいかに確保するかということではないかと思っております。この改正の精神に基づいて、単なる法文上の修文ではなくして、実効性の上がるような指導監督なりをしていきたい、このように思っております。

○中川(智)委員 それでは次に、私も今入院して、抜け出てきて質問しているわけですから、たった二週間の入院です。そして、入院中にいろいろな方とお友達になる機会がありましたけれども、一カ月も入院していればやはり社会に出ていくのが怖くなる。本場に一カ月でも社会に復帰していくというのが怖い。

なのに、五年も十年も、そうしたら病院の外の生活というのは怖い場所ではない。長期入院というのは、精神的にも、生きる力、そして自分が出た後、社会の中でどれだけの受け入れがあるのかということ、本場に怖くなる。長期入院がそのように社会に出ていく本人の、そして家族の思いさえなくしていく、力さえいっていくということがあると思っております。ですから、やはり社会復帰の施策というのは物すごくきめ細かく、ありとあらゆる手段を使ってやっていくべきだと思っております。

私は、きょうは小規模作業所について一点質問したいと思うのです。私自身が議員になる前にやっていた仕事で、ちょっとした食品の袋詰めを小規模作業所にお願ひしていました。そうしたら、小規模作業所では、割りばし一本を袋に入れるのに何銭という、一円ではないのです。本場に五十銭ぐらいの仕事。一生懸命一カ月間小規模作業所で仕事をして、今までは五千円とか六千円のお給料を月の末にもらって、ああ、これでももらえてよかった、そんなふうなことでした。とても悲惨な状況でした。私の仕事をお願いしたら、お母さんが泣きながら、私の家に来て、中川さん、初めて一万円札が入っていたわ、一生懸命働いてやっと一万円札が入っていた。

そのときに、私は作業所に仕事で行くたびに職員の方のお話とかいろいろ聞きました。実際、国で小規模作業所の補助金というのは年間百十万円です。百十万円というのは一人の職員さへ雇えます。地方自治体で手当てをしているところもありまして、百十万円ではたった一人の職員さへ雇えません。国のお金だけでは、ですから、皆さん必死で、バザーをやったり、五銭でも十銭でもいいからいろいろな仕事をとってきて、そして一生懸命働いてそれを施設の運営に当てている。私は、百十万の小規模作業所の補助金で地域の中で社会復帰を目指していくというのは、これは全く矛盾した話だと思っております。大臣、年間百十万の補助金というのはどのようにお考えでしょう

か。
○宮下国務大臣 ただいまの法制整備によりますと、社会福祉法人として認可された、あるいは二十人以上とかいろいろ外形標準を設けて助成をやっておるわけでございまして、小規模作業所はその要件に該当しない、しかしながら、必要性に応じて百万円という定額と地方財政措置を講じておるわけでございまして。

しかし、今委員の御指摘のように、考えてみると、きめ細かなこういう障害者の対応というのは極めて重要であると存じます。したがって、今回私どもは、きめ細かな障害者対策を行うためにはもう少し基準を下げていいのではないかと、社会福祉法人の基準も見直そうと考えております。そしてまた、二十人というような基準もずっと下げて、地域の実情に細かく対応できるようなものにしていきたい。

そういったしますと、百万円の今の定額補助から、事情がそれぞれ異なるとはいえ、年間二千万円程度補助できるとか、いろいろそういったことになる可能性がございまして、そういったことを頭に置きながら、小規模作業所の位置づけとその改善。それから、私も私の選挙区でそういう事情を承知しております。そういう人たちが善意に満ちてやっているボランティアだけに頼っているような施設でございまして、ぜひともこの位置づけを明確にして助成も図っていききたい、このように考えております。

○中川(智)委員 先立つものがなければということと同時に、雇用の場が本来にありません。就職先が今は健康な人もない、このような景気不安の中で、特に精神障害の方たち、社会復帰しようとしても雇用の場がない、働く場がない中で、小規模作業所というのは、みんなの一つの大きな力になり、そこがまた生きがいになって、自分が必要とされている、その中でいろいろな人たちが交わって初めて社会復帰というのができていく、その原点だと思っておりますので、ぜひともお願いしたいと思っております。

それと同時に、作業所とかをつくるときに、新聞報道なんかにも何回かありましたが、福祉産業というふうにもマスコミでは書かれていますけれども、作業所なりグループホームなりをつくるに、地域の方たちの反対、その地価が下がるとかそういう偏見がまだまだあるわけなんです。ですから施設がつかれない。そんなときにはその当事者と地域住民が敵対してしまうという状況になっております。このときに厚生省なりが、行政が、その中で理解を求めて施設がつかれるような働き方、手助けとかやるのはできないものでしょうか。今やっているかやっていないか、今後していくおつもりがあるかどうか、それを最後にお伺いして、終わりたいと思っております。

○今田説明員 先ほども偏見に対する対応ということで御質問がございましたが、やはり偏見というものが、単純に理屈だけで解決するというふうにうまくつながらない場合が多いというふうに思っています。

私ども、先ほど申し上げましたように、結局は、うまくいっているケース、そういったものを御紹介して、そこでどういったいい仕組みができていっているかということ、現地の困っている方々あるいは地元の保健所あるいは精神保健福祉センターにそういう情報を集めていただく、あるいは我々が知り得ればそれを流してさしあげるということ、現実を見ていただくことも一つの重要な役割ではないかというふうに思っております。

したがって、そういう意味での情報をバックアップしていくということについては、厚生省としても今後努力していかなければならない、このように考えております。
○中川(智)委員 時間になりました。大臣、社会復帰というのはいきめ細かな施策が大事ですので、ぜひともよろしく願います。ありがとうございます。
○鈴木(俊)委員長代理 午後一時から委員会を開くこととし、この際、休憩いたします。

午後零時三十四分休憩

午後一時一分開議

○木村委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。

本日の午後は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案の審査のため、参考人として日本医師会常任理事西島英利君、北海道立緑ヶ丘病院長伊藤哲寛君、東京精神医療人権センターコーディネーター小林信子さん、全国精神障害者社会復帰施設協会専務理事・事務局長新保祐元君、全国精神障害者家族会連合会常務理事・事務局長荒井元博君、以上五名の方々の御出席を願っております。

参考人の方々には、御多用中にもかかわらず御出席をいただきましたこと、ありがとうございます。本席につきては、それぞれのお立場から愚問のない御意見を述べいただき、審査の参考にいたしたいと存じます。

次に、議事の順序について申し上げます。最初に、参考人の皆様方から御意見をそれぞれ十二分以内で述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

なお、発言する際は委員長の許可を受けることになっております。また、参考人は委員に対して質疑することはできないことになっておりますので、あらかじめ御承知おき願いたいと存じます。それでは、まず、西島参考人をお願い申し上げます。

○西島参考人 本日は、意見を述べさせていただきます。長時間をお与えいただきまして、ありがとうございます。私は、先ほど御紹介いただきましたように、日本医師会の常任理事でございます。実際には精神保健指定医でもございまして、精神科の病院も経営をいたしております。そういう観点から、臨床の専門医としての立場から意見を述べさせていただきますというふうに思っております。

レジュメに従いましてお話を進めさせていただきます。

今回の一部改正案についてでございます。

今回の法改正につきましては、精神障害者の人権の尊重を一步推進するという形で、さらに、これは非常に重要なところでございまして、医師と患者さんの信頼関係を保たれるように考慮していただいたということが一点ございまして。それから二点目、ノーマライゼーションの理念のもとで、精神障害者社会復帰施設に精神障害者地域生活支援センターが追加されまして、患者さんたちや家族の方々が非常に相談をしやすくなったということでございまして。こういうことで地域ケアの一層の推進体制がなされるようになったということで、全体的には私自身高く評価をさせていただきます。

参議院の議事録を読みますと、五年後の見直しということが言われておりますけれども、今後の見直しに当たりまして御検討いただきたいことを幾つか述べさせていただきます。

まず一点目でございますが、精神障害者の定義についてでございます。これは、資料一と二に従いましてお話をさせていただきます。

現行法の第五条におきまして、精神障害者は精神疾患を有する者と定義されておまして、その例示として精神分裂症、中毒性精神病、知的障害、精神病的な挙動が挙げられております。今回、中毒性精神病が精神作用物質による急性中毒またはその依存症に改められましたことは非常に評価できるわけでございまして、この件は覚えいれの問題だらうというふうに思います。

こういう例示を見ますと、社会的にも家族的にも問題とされる患者さんたちをこの精神障害というふうに見て、精神科病院に入院をという形ではないかというふうに私は考えるわけでございまして。しかし、現実的に、精神科病院を運営いたしておりますと、最近はこのストレス社会の中でうつ病の患者さんが非常にふえてきております。そういう形の中で、資料一の図でございすけ

れども、気分障害、躁うつ病を含むというのが実に外来で二・一・三％もいらつしゃいます。それから入院に關しまして、六・七％の患者さんが躁うつ病として入院されております。さらに、ストレス関連障害等々を加えていきますと、外来では実に四五・六％、入院に關しまして九％近い患者さんが精神科に入院されている、こういう現状がございます。

資料二を讀んでいただきますと、これは平成十年度の警察白書からとってきた資料でございますが、実に自殺の患者さんが二万四千三百九十一人、一年間にこれだけの自殺の方がいらつしゃるというところでございます。この表の下の方を見ますとさまざまな原因が書いてございますが、私も専門家から見えていきますと、これはかなりの部分がつう病の患者さんであらうというふうに考えております。もう一つ病の患者さんであれば、きちんとした治療をすればうつ病はよくなるわけでございます。自殺まで至らないということも十分に言えるかというふうに思います。

最近、さまざまな問題の中で自殺がよく社会問題化されておりますけれども、やはりこういう問題も含め、しかも、最近非常にふえてまいりました高齢社会の中での老年痴呆の問題、これも非常に増加をしております。入院の患者さんというのは非常にふえておりまして、私どもの病院でも重度痴呆の病棟を持っておりますけれども、かなりの患者さんが入ってこられます。しかも、この患者さんたちを面会にお孫さんたちまでおいでになるというところでございまして、精神科病院に対する見方というのがかなり大きく変化をきてきているというところでございます。

そういう意味で、この時代の変化に対応すべく、例示の方法についてぜひ見直しをしていただきたいと思ひます。この見直しをしていただくことによって、私は、なかなか進まない偏見という問題がかなり速いスピードで変わってくるのではないかとこのように思ひます。二番目に、長期入院の問題でございます。

これは資料三、四、五を見ていただければと思ひますが、必ずしも長期入院の患者さんたちが社会的入院とは限らないと私どもは思っております。資料三によりまして、一年間に実に二十八万人の方が新しい入院として入院をされております。

そして、最近のこういう患者さんたちは、残留率といまして、どのくらいの期間入院されるだろうかというところでございますが、この残留率を見ますと、入院後一カ月で七六％、ですから、二四％の患者さんが退院をされているというところでございます。三カ月で四七％、六カ月で三〇・二％、一年で一八・八％、一年六カ月で一五・六％というふうに、かなりの患者さんが早期に退院をされているという現状がございます。ぜひこれも御理解をいただきますと、長期入院されている患者さんたちは中等度以上の患者さんが非常に多いんだということも御理解をしていただきたいというふうに思ひます。

三番目に、任意入院における閉鎖処遇の問題でございます。

基本的には、開放的な処遇がなされるよう私どもは積極的な努力をすべきであるというふうには考えております。しかし、入院を必要とするほどの患者さんたちは、病状が不安定だったり、また一部重度の患者さんたちが入院されていることに、建築構造上、開放的な処遇はしておりますけれども、閉鎖病棟に入院をというところをとりざるを得ない場合もございます。今後、開放処遇を推進するためにも病床の機能分化というものが必要だと考えておりますし、また、少病床でも運営できるように、つまり十床、二十床の病棟でも運営できるように、財政面も含めた環境整備の支援策を御検討いただきたいと考えます。

四番目が、重大な犯罪を繰り返す精神障害者についてでございます。

非常に悲惨な事件がたくさん起きておりますが、これらの精神障害者の方々は数としてはまだだというふうに私は思っておりますけれども、し

かし、こういう患者さんたちを民間病院で診るといふことは非常に対応困難でございます。ぜひ公的病院の責任であることを明確にさせていただきます。患者さんのQOLの面からも、そのための施設設備、職員配置を早急に御検討いただきたいというふうに思ひます。

資料六を見ていただきますと、平成五年から九年に措置入院をされた方が二千三百六名いらつしゃいます。殺人が五百四十五名いらつしゃるわけでございますが、こういう患者さんたちをどこで治療しているかといふと、資料七に公的病院と民間病院の措置入院患者の比率が書いてございますが、実に公立病院はこれだけの患者さんしか診ていないというところでございます。平成九年に至りましては、百五十六病院の中で三百三十八名の措置入院しか診ていない、つまり一病院二名でございます。しかし、民間の指定病院では、千二百二十二の病院数の中で措置患者数が三千九百五十四名、つまり一病院が四名近く患者さんを診ているという現状がございます。

しかし、指定病院というのは、本来は公的病院が足りない部分を補うというのが目的だろうというふうに私も思っております。ぜひ公的病院がしっかりと責任を持ってこういう患者さんたちを診ていただくよう、そういう義務を明確にさせていただきます。

さらに、警察庁、法務省、厚生省を含めまして、ぜひ幅広い視点から御検討をいただきたいというふうに思ひます。厚生省に聞きますと、警察庁、法務省はなかなかお話し合いに乗ってくれないというふうなこともちらっと聞いておりますので、ぜひそのあたりもよろしくお願いをしたいと思ひます。

次が、公的病院と民間病院の機能分化の明確化でございます。

先ほどと同じようなところでございますが、重大な犯罪を繰り返すには至らなくても、民間病院では対応が非常に困難な粗悪な行動が顕著な患者さんを受け入れております。しかし、民間病院には

マンパワー等も限られておりますし、こういう患者さんたちをきちんと受け入れていただくよう、公的病院の後方支援体制の整備をぜひお願いしたいというふうに思ひます。

次が、社会復帰対策の推進でございます。

当然、これから先は地域ケアが中心になるだろうと私も考えております。そういう意味で、それぞれの病院も、地域ケアを進めていくためにグループホームをついたり、さまざまな社会復帰施設をつくっているわけでございますが、なかなか運営も厳しいようでございます。法を見ますと、社会復帰施設をつくることのできるというふうになっております。ぜひこれを義務規定というふうにしていただきますと、都道府県、市町村はつくらなければならないというふうに五年後の見直ししていただきますと、社会復帰対策がかなりのスピードで進むようになるのではないかなというふうに思ひます。障害者基本法の中で、たしか平成七年だったと思ひますが、精神障害者をよくよく含めていただきますと、今その対策が進んでいるところだろうというふうに思っております。

次が、精神障害者に対する偏見についてでございます。

法三条で国民の義務として精神障害者等に対する理解を深めることが昭和六十二年の改正で加えられましたけれども、精神障害者の方々がトラブルを起こしますと、必ず精神病院入院歴があるとか、通院歴があるということがマスコミにより報道されます。そうしますと、確実に外泊ができなくなりまして、家族の方が周囲の近所のことをお考えになり、ちょっと外泊はしばらくやめてくれというふうなこともよくございます。ぜひこういう偏見を増長すると思われような報道のあり方も、これは言論の自由等もございまして、けれども、何らかの形で解決をしていただくようにお考えいただけないだろうかと思ひます。最後でございますが、精神医療の適正なる診療

報酬体系の確立についてでございます。

よりよい精神医療を提供するためには、当然のことでございますけれども、適正な診療報酬体系の確立が不可欠でございます。

しかし、資料八を見ていただきますと、ちょうど網かけをいたしておりますけれども、公立病院と医療法人、ですから民間病院との比較をしております。これは平成九年九月の中央社会保険医療協議会の医療経済実態調査の資料でございますので、公的な資料でございます。給与を見ていきますと、一番右側でございますが、常勤一人当たり、実に公立は七十三万三千円、民間は四十四万二千九百円という形で、大きな格差がございます。三番目の医療収支差額を見ていただきますと、これは九月でございますからボーナスは入っておりませんけれども、公立は実に四千九百四十万の赤字でございます。民間は赤字にしたら倒産いたしますので黒字にしなければいけません、三百十八万の黒字が出ているということでございます。これだけの公民の格差があるということでございます。

さらに、「国家公務員に係る俸給月額額の調整について」というところがございますが、これによりますと、一件、危険手当と言われるような調整給がついております。三十五万五千円の俸給をもらっている新任の医師にしましては、三万一千八百円の調整給がついているということでございます。また、民間にはこういうことがないというところで、やはりこういう格差も出てくるのかなというふうに思っております。

いろいろ述べてまいりましたが、時間も参りました。きょうは、本日にこういう意見を述べさせていただきます機会をお与えいただきましてありがとうございます。

昭和五十九年に宇都宮病院の事件が起きまして、精神衛生法から精神保健法に変わったわけでございますが、そのときにさまざまな問題が分析をされております。しかし、その官の部分がほとんど解決をされないまま現行に至ってきたことが

今回の大きな不祥事を招いたことにもなっているのではないかとこのように思っております。これを正すのは私は先生方の力しかないというふうに考えておりますので、どうぞ今後ともよろしく御検討いただきまして、患者さんたちが明るく療養生活を送られるようにしていただければというふうに思っております。

ありがとうございます。（拍手）

○木村委員長 どうもありがとうございます。次に、伊藤参考人にお願いたします。

○伊藤参考人 お招きいただきありがとうございます。私は、北海道立緑ヶ丘病院の院長ということでありますが、同時に全国自治体病院協議会の精神病院特別部会の部会長をさせていただいております。また、昨年三月からは精神保健福祉法に関する専門委員会の委員として、ことしの二月からは公衆衛生審議会の委員として、この法改正についての論議に参加させていただいております。

本日は、精神病院で精神障害者の治療を担当している立場から、主として医療に関連した事項についてだけ意見を述べさせていただきます。ほかの病気やほかの障害の対策に比較して、また国際的な基準に照らし合わせて、日本の精神障害者の医療、保健、福祉は貧しいと言われております。どのように貧しいかというところは、ここで詳しく述べる時間がありませんので省略させていただきますが、お手元に配付した緑色の小冊子、「安心して利用できる精神科医療を実現するために」ということの中でさまざまな提言をさせていただいております。その中でも、特に精神保健福祉法の改正、そして医療法の改正というのが大切であると認識しております。

今回の法改正案は幾つかの課題を残しておりますが、日本における精神障害者処遇の歴史的、文化的背景を考慮しますと、あるべき姿に一步近づいたものとして評価してよいのではないかと考えております。

次に、少し具体的な事項について私の意見を述べさせていただきます。

まず、人権を尊重した医療の確保についてです。改正案では、精神医療審査会の機能強化と独立性の確保、強制入院の一つであります医療保護入院の対象要件を新たに規定すること、精神保健指定医の責務を明確にすること、自分の意思で入院した任意入院の患者さんは原則として開放的な処遇を受けるべきであること、精神病院への指導監督業務などが改正点として挙げられ、精神科に入院する患者さんの立場を考えますと、当然の改正だろうというふうに考えております。

この改正案に対して、厳し過ぎる、規制緩和の時代に精神科医の裁量権を狭める方向は望ましくないという意見もありませんが、本人の同意なしで行う非自発的入院では、多くの場合病院の選択権の行使ができませんので、どの病院に入院しても安心して医療が受けられるように、このような担保は必要なのと考えます。

また、このような規制とは別に、情報公開によって精神病院の透明性を高めることが、当事者の病院選択権を広げ、同時に精神病院に対する誤解を解消するために重要なことと思います。情報公開については公衆衛生審議会の答申でも触れられたところであります。

次に、今回の法改正で初めて提案されている、受診を拒否する患者さんの移送制度についてであります。本人の同意がなくても受診させなければ病気が重くなる、そういう患者さんに対して何らかの手だてがなければならぬわけですが、これまで法的な規定がありませんので、家族が病院に連れていきたくてもなかなか連れていけないかった、いかなかった。あるいは逆に、本来ならきちっと診断、面接などをして指定医が判断した上で精神病院に移すべき者を、この規定がないばかりに、安易に精神病院に収容するということもありまして、この二つの課題がある中で、今回、移送制度が創設されるということは一歩前進になるだろう

と期待しております。

しかし、移送すべき患者さんの状態の判定、それから、移送途中で行動制限をどの程度できるのか、あるいは注射など医学的処置をどの程度できるようにするのか、それから、運ばれた病院の医療の質をどういうふうに担保するのか、これらの点を十分検討しなければ、この制度が患者さんにとって信頼される制度として生かされない可能性があります。

この制度を有効に生かすためには、精神病院あるいは精神科の医療機関が日常的に地域医療活動を行っていること、また、保健所や市町村の地域精神保健福祉活動が活発であること、それから、当事者自身で活動する自助活動が盛んであること、それから、ボランティアが地域の患者さんを支えるために活動していること、このように地域の中での精神医療保健福祉対策が十分なされて、その上でこういう移送制度が生きてくるということになると思います。そうでなければ、ただ、困った患者さんがいた、はい、入院という、安易にこの移送制度が使われる可能性もなきにしもあらずです。

次に、今改正の中で大きなポイントとなっております保護者の義務の軽減についてです。これについては、私もやはり保護者の義務は次第に軽減していくべきだと考えます。今回は自傷他害防止監督義務だけが外されましたけれども、家族の方あるいは兄弟の方が安心して身内の方を見守り、支援してあげるためには、法的な規制はできるだけない方がよろしい。自然な感情でもって助けたい、応援してあげたいということが本当だろうと思えます。将来は、治療を受けさせる義務、医師の指示に従う義務という過重な家族の義務は外すべきではないかと考えております。

次に、精神障害者の福祉の充実です。今回、社会復帰施設は都道府県の業務として残りましたけれども、精神障害者地域生活援助事業とか居宅介護支援事業とか短期入所事業などの福祉サービスについては市町村で行うこととされま

した。精神障害者を身近な地域の人々が支える、
そういうようなシステムをつくるということには非
常に重要なことだと思ひます。地域の人々と精神
障害者の間の交流がそのことによってふえ、精神
障害者差別を解消し、精神障害者の自立を促進す
ることにも役立つのではないかと期待しております。

次に医療の面について、この改正法案が通った
として、そのときにどういう配慮が必要かとい
うことを、少し細かなことになりませんが、お話
させていただきますと思ひます。

一つは人権に関してですが、政省令への委任事
項の中には細かな規定をこれからしなければなら
ないところがあります。

例えば、任意入院の要件は、昭和六十三年の通
知で、患者がみずからの入院について積極的に拒
んでいない状態をいうものであることと解釈され
ております。しかし、痴呆患者さんなど自分の意
思の表明が困難な患者さんについては、決定的とい
う形で同意する可能性が強いわけですから、任意
入院という形で多くの場合閉鎖病棟に入院させら
れる可能性が出てきます。これは、患者さんの権
利擁護という観点から好ましいことではありませ
ん。

任意入院する場合の本人の同意のあり方につい
て厳密に規定し直し、同時に、任意入院の患者さ
んについては閉鎖処遇は原則として行わないとい
う規定を設けるべきだと考えております。やむを
得ず任意入院の方を閉鎖病棟に入院させる場合に
は、精神医療審査会に届けるなど、人権が適切に
守られるようにすべきだと考えております。

次に、この法律が有効に生かされるためには、
患者さんが最初に精神障害者として立ちあらわれ
てくる医療機関がどうあるべきかということが非
常に重要な条件になってまいります。

まず、医療法の改正ということについてです
が、今、医療法の改正が盛んに論議されておられ
ますが、残念ながら精神科の医療についてはこれま
での医療法の改正の中でも取り残されて、医療法

ができてから一度も精神科の医療のあり方という
のが論議されていない。論議はあったのでし
うが、法として改正が行われていなかったというの
が現実であります。特に、これまでも法改正のた
びに問題になったのは、医療法の特例の問題であ
ります。

精神科の患者さんのための救急医療、急性期医
療、あるいは非自発的入院患者さんの医療、これ
は医療保護入院と措置入院ですが、あるいは子供
の精神科の医療、薬物依存の医療、あるいは合併
症の医療など、非常に高度なあるいは手のかかる
医療があります。これらについては、ぜひ一般病
床並みの人員配置をしていただきたいというふう
に考えます。患者さんの人権を確保し適正な医療
を提供するためには、ぜひ必要なことと考えま
す。

もう一つは、医療計画の問題であります。地域
医療計画というものは二次医療圏ごとに立てられ
るはずになっておりますけれども、精神科医療につ
いては都道府県ごとになっております。やはり地
域に適切な病床配置がされて初めてさまざまな
サービスが有効にいくんだらうと考えておりま
す。

次に、重要なことですが、総合病院の精神科が
日本では少ないということでありまして、外国では
単科の精神病院を少しづつ縮小して、総合病院で
精神科の患者さんを診るようになってきておりま
す。それは、かかりやすいということ、合併症が
生じても適切な治療が受けられるということであ
ります。私は単科の精神病院の院長でありまし
て、できたら総合病院の方に少しづつ力点を移し
ていただきたいという願ひを持っております。

それから、国公立病院の役割ですが、国立病院
あるいは私どもの公立病院は、民間病院が担うこ
とのできない難しい患者さんあるいは児童、ある
いは薬物依存の患者さん、あるいは先ほど言いま
したような身体的な合併症を持っている患者さん
の医療、このような役割を今後ますます担うべき
だと思っております。そのための国公立病院の機

能の充実が患者さんの適正な医療を守るための一
つの条件だろうというふうな考えておりますの
で、よろしく願ひいたします。

最後になりますけれども、最初に述べましたよ
うに、この法改正は一歩進んだものというふうな
評価いたします。

しかし、私も長年願ひしてきたことの一
つがまだ入っておりません。それは、法文の中に
「すべての精神障害者は、個人の尊厳が重んじら
れ、障害をもつて差別されることなく、その尊厳
にふさわしい治療と保護を受ける権利を有する」
という条文を入れていただきたいということをお
願ひしてまいりました。しかし、今回は入りませ
んでした。いつか、今までの精神障害者施策が
誤っていたということに謙虚に認めた上で、この
法律を抜本的に見直す時期が来ていただきたい、
そういうふうな願ひで、私の意見とさせていただきます。

○木村委員長 どうもありがとうございます。
次に、小林参考人をお願いいたします。

○小林参考人 初めまして、私は、御紹介にあり
ましたように、東京精神医療人権センターの小林
信子と申します。コーディネーターという役割を
担っております。

本日は、患者の権利擁護者として、そして私た
ちに寄せられた相談の中から患者さんの声を皆様
にお伝えする機会をいただきました、大変感謝し
ております。ありがとうございます。

私たち東京精神医療人権センターは、一九八六
年に、さきの西島先生がおっしゃった宇都宮病院
の事件をきっかけとして、患者さんを守ってい
く、患者さんの権利を擁護する団体として発足し
ました。患者の権利擁護団体ですから、今の
ところ入院中の患者さんを中心に、こういうよ
うなパンフレットを無料で配布しております。こ
の中には、精神医療審査会の利用の仕方とかそ
ういうことが書いてあります。

私たちの活動は、一九八八年から施行されまし
た精神保健法に大いに恩恵を受けています。

というのは、精神衛生法の時代は、たとえ弁護
士さんでも面会ができなかったというような、す
ごく閉鎖された空間が精神病院でした。ところが
が、八八年の精神保健法になってから、一応通
信、面会の自由が保障されましたので、我々も患
者さんへの訪問活動、面会活動ができるようにな
り、それが私たちの活動を広げていくてくれたと
思っています。そのことにより、法律が変わるこ
との重要さというものを一番よく痛感している団
体の一人だと私は思っております。

しかしながら、精神保健法になってから二度、
三度の改正がありました。しかし、精神病院に関
するスキャンダルは後を絶ちません。これはどう
してなのかと私たちはいつも考えております。や
はり原因があるわけです。

それで、精神保健法の改革というのは、今まで
の保健法から随分変わったものと評価はいたし
ますけれども、そのところにも人権擁護というこ
とで精神医療審査会というものが創設されまし
た。当時は何もなかった状態ですから、精神医療
審査会の存在自身はもう手を挙げて賛成したわけ
です。

ところが、我々がその後十年、十一年と実践を
重ねる上において、やはりこれではだめなんじゃ
ないかというような思いをしてまいりました。こ
れは参議院の中でも論議されていたと思ひすけ
れども、申し立て件数がほとんど低下しているわ
けです。例えば平成八年で、入院患者がその当時
は多分三十五万人ぐらいいたと思ひますけれど
も、退院請求なんかは八百六十二件、処遇改善請
求に至っては四十八件という、本当にごくごくわ
ずかな、針の穴を通すようなものとしてしか機能
されていないわけです。

なぜこの精神医療審査会が機能していないのか
ということは、いろいろな原因がたくさんあると
思ひます。皆さんによく知られているのは、精神
医療審査会というものがあろうということすら知ら
ない患者さんが入院しているんじゃないか、入院
のときの告知が不十分で、そういう権利のことが

患者さんに十分わかっていないのじゃないかということがあると思います。それはそのとおりです。それをだれも否定はいたしません。

今回の法改正におきましても、精神医療審査会の委員の制限、今までは十五人という上限がどういうわけか決められていたわけですから、東京都のような多数の人口を抱える県も人口の少ない県も上限が決められているという不思議な法文だったわけですが、それが廃止されました。それから、審査会に少し権限を持たせて、報告書の提出とか出頭命令の追加とかいうものが加わったことは大変プラスに評価してもいいことだと思います。

しかしながら、それはあくまでも審査を申請した人、審査会に届いた人が利用できる機能でありまして、実際には、例えば権利を知っている人、審査会があるのだということも、そこに審査を申し立てられない雰囲気は実は精神病院にあるんだというところが、私たちの活動からも多くの患者さんからも寄せられているわけです。

それはなぜかという点、お医者さんと思うほど精神科においては医者と患者は信頼関係にはありません。精神病の患者さんたちというのは人質だと思っています。もし自分が退院請求をするというようなことは、病院に対して盾を突くことです。盾を突いたらいじめられるのではないかと、スタッフに虐待されるのではないかと、薬がふやされるのではないかと、保護室に入れられるのではないかと、果ては電気ショックをやられるのではないかと、本当に考えている人が多いのです。ですから、権利があってもそれを行使できない環境をどうにか変える方をしなければ、精神医療審査会への申し立て件数が決してふえるわけではないのです。

じゃ、どのように安全に申し立てをしていくのかといえ、いわゆる精神病院の外部から第三者を常駐させるなり定期的に訪問させて、大丈夫なんでしょうよ、あなたが申し立てをしてください、そういうふうな申し立てをしても決してあなたに不利な状況をつくらないようにしますからというように、安全な環境をつくるような制度を創設しなければ、精神医療審査会自体は絵にかいたもちになっただけだと思います。

そして、その第三者機関というのが何なのかといえます。権利擁護者とか、私たちはベインシュントアドボケートと英語を使っています。導入されていますけれども、オンブズマンという形で導入されているわけです。その待っている審査会に比べて、これらのことは外国ではたくさん実践されておりまして、後で述べる機会を与えていただきたいと思います。

そして、患者さんの権利を守るには、先ほどもほかの先生からも出ました情報公開と、それからもう一つ監視機関の創設をぜひお願いしたいと思っています。監視機関といっても、厚生省が提案しているような、お医者さん一人が出かけていくというのではなくて、やはり国際的な基準を意識した、国際的な基準をクリアするようなものを創設していただきたいと思います。

ICJが、新法になってから、八八年の法律になってから、八八年と九二年と二回調査に参りました。そこではたくさんさんの提言が出ております。それから、九一年には国連原則も出ております。いろいろな国際的な基準があるわけですから、それと整合性を持った抜本的な精神保健法の改革をぜひしていただきたい。人権小国・後進国と言われている日本ですけれども、その汚名を晴らすためにも、ぜひ国際的な基準をクリアした、名前だけではなく、実効性のある患者の権利擁護のシステムを創設していただきたいと思います。

それを先生方にこの場をかりてお願いしたいと思います。長くなりましたが、どうもありがとうございます。(拍手)

○木村委員長 どうもありがとうございます。次に、新保参考人をお願いいたします。

○新保参考人 精神保健福祉法一部改正の審議に際しまして、意見を述べさせていただきます。機会を

えていただき、感謝しております。

私は、全国精神障害者社会復帰施設協会の専務理事兼事務局長の職をお預かりしている立場から、公衆衛生審議会精神保健福祉部会に設置されました精神保健福祉法改正に関する専門委員として本日の議題にかかわらせていただきました。

既に御承知のことと存じますが、精神障害者問題を考えるとき、我が国における精神障害者の置かれた状況は、精神医療黎明期、すなわち明治初頭でございますが、呉秀三先生が、精神病になりたる不幸とともにこの国日本に生まれた不幸をあわせ持つと言われた言葉を忘れることは片時もございません。こうした状況の改善を図るために、精神障害者施策にかかわる法制度の改正や見直しが行われることに關しまして、うれしく思っているところでございます。

その理由は、法が有する要素といたしまして、法の持つ物理的強制力が挙げられます。法は、究極におきまして、社会秩序を維持し発展させるものでなければならぬというところは私が申し上げるまでもないところでございます。したがって、法が何を理念とするとき、安定した社会となるのかというところを考慮する必要があると思います。

このことを精神障害者の立場で考えたときに、精神障害者が市民ないし他障害者との間で法に負の格差を持つ者であるとするれば、そうした法は人と人との間に差別を認める法律だということになります。この見方で現行法を見てまいりますと、精神障害者にかかわる法は、残念ながら市民と他障害者にかかわる法と対比して負の格差がございます。

このことは、まさに、市民と対比いたしました精神障害者には欠格事項等があるなどといったことを自然に周知せしめる強制力になっておりますし、結果としてこういった事例が偏見や差別を生じさせていると言えます。それは、ノーマライゼーション理念を達成することが困難になることはもちろんのことですが、我が国の法制度が精神障害者を含めた社会秩序の維持を行う法になり得

ていないと言え、物理的強制力を持つ法が、精神障

害者の人権や生活権を強固に示すものであるとすれば、精神障害者に対する偏見の解消や生活権の獲得に向けて市民社会も協力的に動き出すというところは明らかだと思います。

法が誤解や偏見を助長してきた一例を挙げますと、精神衛生法時代の精神病院が担ってきた法制度上の役割といたしまして、医療と保護の結果として精神障害者を社会から隔離し、社会的入院の固定化によって市民に対し精神病は治らない危険な病気といった観念を助長し、誤解や偏見あるいは差別を拡大深化させ、市民の理解を得ることが困難な対象者とさせてしまっていることは明らかでございます。

このような社会状況がいかに精神障害者の社会復帰を阻害しているかについては、諸先生方には御理解いただけるところだと思っております。

したがって、今般提出されました改正法案の推進が、少しでも精神障害者の生活権や当たり前の医療受給権につながるであろうことを前段で強調させていただきたいというふうに思います。次に、具体的な事例についてでございますが、精神障害者問題の根幹が人権問題に属することは、多くの識者が指摘しているところであります。

こうした問題を解決する手だてといたしまして、一つは、医療機関による閉鎖・拘束性を是正し、なかなかなくならない宇都宮病院事件あるいは大和川病院のような患者さんに対する虐待による死亡等の不祥事を解決していくことです。

二つ目には、現在、全国で精神病院に入院しております三十四万人余りの患者さんのうち、社会的入院と目されている七ないし十万人の生活権を保障するため、社会復帰促進にかかわる受け皿づくりを進めていくこと。

三つ目には、在宅精神障害者が入院医療を必要とするときに、まさに速やかに医療を受給できる医療機関の受け入れ体制と機能を充実していくこ

と。
四番目に、家族、すなわち保護者責任の軽減ないし解消。
そして五番目に、他障害者と同様の福祉サービスを受けられるようにするため、市町村を中心とした障害者施策推進窓口の一本化が挙げられます。

今般提出されました改正法案は、これらの事柄を網羅した形で示されており、これは、衆議院調査局の厚生調査室が作成いたしました本法案に關します参考資料六ないし十ページに「主な論点」として改正の趣旨が述べられており、ごさいます。

わかりやすくこのことを申し上げますと、精神障害者も他の傷病を有する人たちと同様に、一人の地域住民が精神病ないし精神障害という傷病を有しながら地域で生活しているわけでございまして、住民が生活を営む中で傷病によって医療を受ける、治れば退院してきてもとの生活に戻るといった構図は、精神病を有する人であっても当たり前のはずだということです。精神障害者に対して、もこうした状況を形成することで、市民や他の障害者との負の格差を減らしていただいたいと思っております。

そのためには、医療が必要ときには当事者にとって必要な医療が提供されること、すなわち、救急医療の整備や医療機関の情報開示等を改善していくことが求められます。情報開示によって得られる適切な医療の受給は、医療機関の目安などによって社会的入院の形成を是正させるだけではなく、病状が安定したら退院しかつての生活の場に戻る、そういったことで、精神病は治らないといった誤解やその延長線上での偏見、差別等を解消できるものと思ひます。

精神障害者の社会復帰促進を図るためには、その前提としてあるいは車の両輪のように、社会生活を維持する上での傷病に対する社会的基盤としての精神医療の改善、整備拡充が不可欠だと言えます。並行いたしまして、生活権を保障するとい

うことは、障害者の種別を超えて法制度が一本化されることが望まれます。

加えて、地域社会が、どのような傷病を持つとも、すべての人々との共生を可能にする社会にしていかなければなりません。共生といったかわりの関係を構築していく上で市町村の役割は重要です。精神障害者福祉手帳の交付や通院医療費公費負担等の窓口を市町村に移行し、少しずつ市町村を中心とした精神障害者ケアシステムを構築していくていただいたいと思ひます。このことにより、精神障害者の生活も当たり前のものにしていく必要があります。

これまで申し上げてまいりましたことは、精神障害者社会復帰施設の整備の進捗に欠かせない事柄でございまして、

私は、全国精神障害者社会復帰施設協会の事務局長として、精神障害者施設が他の障害者施設並みに整備され、施設運営にかかわる貧しい補助金を他障害者施設並みにしてほしいと願っており、すが、それ以前に精神障害者も一人の人間であり、傷病を抱えながら生活を営む権利があることをみんなが理解し、そのことを可能にする状況をつくりたいということが第一の願ひであります。このことを抜きにいたしまして、精神障害者の生活を支援することはできません。とはいえ、社会復帰施策の充実を抜きにして今日の精神障害者問題は解決し得ないと思ひは大変強いものがございまして、それは、私が精神障害者の社会復帰問題にかかわり続けるきっかけに由来いたします。

私が大学三年のときでございまして、ある精神病院に行つて実習をさせていただいた折、多くの社会的入院と目される患者さんたちが、みずから責任で犯罪を犯しても刑期があるからいつかは社会復帰できる、でも、私たちは病氣という理由だけでその目安さえなく、多くが、がんばこ、すなわち棺おけ退院だとあきらめていると言ひます。すなわち、病氣が改善しても死ぬまで病院に

いるしかないというわけですね。
人間の営みは希望によって生存の価値が生まれ

るものと言ひますが、精神障害者と言われる人たちは希望すら与えられていないという実態をかいま見たとき、この人たちのことを考えずに人はともに生きるなどと言ひえるのだろうかというふう

に思ひました。
人は共生を図る上で、仲間のうちに最も弱い立場の人のことを忘れてしまったときに、あるいはその人たちの疎外したとき、決して差別の根はな

くならないというのを学んでいくときでもござい

ましたので、私は、精神障害者の社会復帰問題から目をそらすことがそれ以降でなくなりまし

た。
今日なお、このような状況にある社会的入院の患者さんの存在は皆無ではございせん。こうし

た思ひからも、精神障害者の社会復帰施策の充実を図つていただきたいと強く要望するものであり

ました。
したがいまして、精神障害者地域生活支援事業を社会復帰施設体系に組み込み、在宅福祉事業を他障害者と同列に位置づけようとしております本

法案は、精神障害者の社会復帰促進のみならず、精神障害者の生活権保障に踏み出す一里塚と考えておりますことから、諸先生方には本法案に対する特段の御高配をお願いいたしまして、私の意見とさせていただきます。どうもありがとうございます。

法務当局、警察当局が精神障害者を管理しようというような法改正から、当事者の声という形で生まれました。その後、現在全国で、精神病院や保健所、地域の作業所等に千四百の家族会があります。約十三万人の会員が活動しております。

私が飛び込んだ十七年前、昭和五十八年に、ほとんどの人の名前がはせませんでした。顔も出せませんでした。それほど役員の方々もまだまだ偏見の壁にさらされていたということでもあります。それから、我々はただ要求するだけじゃなくて、実践をして社会を啓発していくということ、作業所づくりとかさまざまなことで外に出ていくような形をとりました。そんな形で今の全家連運動があります。

このたび、法改正について私どもはお配りしたレジュメのように意見を出させていただきました。ちょうど一年前にお配りした資料は一冊の本になっておりますけれども、我々が組織的に討論してまとめたものでございまして、そのものを酌み取つていただきました今回の法改正ができたという

ことを非常に評価したいと思ひます。
それで意見書の中の、治療に結びにくい精神障害者に対して受診する機会を保障していただき、保護者制度を廃止するかその義務を緩和して

くださという問題でございまして。
資料の後ろの方に、これはちょっと恥ずかしいです、恥ずかしいというの、いつもいつも出して恥ずかしいということなんですけれども、十二年前に、新潟出身の本間長吾という私の元

会長の訴えが載つております。じいさん、ばあさんが息子をよく面倒を見ていたんだ、おれの死んだ後はどうしよう、これが一番心配ですと。彼は、この法案が終わつてからすぐ、夏に亡くなつてしまいました。

その中で保護者制度を訴えております。高齢の親に、医療にかかると義務、自傷他害の防止義務、財産管理をする義務、医療に協力する義務、それは親として当然やりますよ、それを何で法律で強制するのですか、罰則を与えるのですかと訴えて

おります。

これは朝日の全国版で非常にインパクトがありましたけれども、我々としては運動としては発言をしませんでした。親としての責任を自己放棄する、そういうのは忍びないということで、十二年前は法改正の要求には入れられませんでした。

次の資料は本人の訴えでございます。北海道で積極的に活動している横式さんの訴えで、保護義務者制度があるから、本人が自分で医療機関を決められるのに、全部の二百七十七万人の精神障害者が何にもできないのですか、権利がありますよというように訴えております。

そういう意味で、保護者制度に今回手をつけていただいたということは非常に評価できると思います。

しかし、全廃ということではありません。これは先生方御存じのように、どの国にもこういう基準がない、ほかの障害者のものにもないというようなことがありまして、全廃に向けてこれから諸制度の整備ということを含めて御尽力いただきたいと思っております。

もう一つ、治療に対して我々が一番困っているのは、やはり入院のときに子供たちが拒否をするという壮絶なる現場がございます。そのときに、パトカーが来なければ搬送できない、パトカーが来るということはそれだけの事故を起こすわけですので、そういうやむにやまれぬ状態の中で入院させることもあります。そういうことを含めて、当事者の在宅の医療にかかわる苦労について、ぜひ行政機関も含めて責任を持って搬送入院に結びつけてほしいというのが親の願いでございます。そのことに關して、今回積極的にされたということを評価したいと思います。

たくさんありますけれども、時間の関係があるようですので……市町村の役割強化と訪問介護事業を実現してください。

我々は、身近な市町村からサービスを受けて、地域で当たり前の生活をしたというのが願ひであります。

す。今回の法改正の勇断は評価したいと思ひます。しかし、精神についてはまだまだ市町村は知識や技術がありません。その辺の指導と予算づけはよろしくお願いいたします。

精神病院における人権侵害の防止策を講じてください。

さまざまな事件を起こす、それがマスコミに出るといことは非常に悲しい現実でございます。患者や家族もそういうところだったら入院させられない、入院しにくいということで、本当にどうしようもない状況になってから入院を考えます。そういう意味では、本当に明るい、オープンな、開放された精神病院の環境をつくっていただきたいと思ひます。

長期入院患者の退院促進のための制度を図ってください。

病院の中に新しい病棟変換という施設をつくってそこに移す、福祉施設と称した施設をつくって移す、これは反対でございます。我々もどんな重い障害者でも、地域で生活をし、地域で暮らしたいという願いはございます。そういう意味で、ヨーロッパ、アメリカのように民間団体を活用して、アパートや治療アパートを確保して、ケアも含めて民間活力でこういう問題をクリアする、先進諸国のもも含めてこういうものをぜひ考えていただきたい。

適切な医療を受ける権利を明文化してください。

これは書いてあるとおりでございます。精神病院管理者は何々することができるとい表現ではなくて、資料にも書いてありますように、精神障害者はこういうことでこういう医療を受けることができる、治療を受けることができると、主語を精神障害者にしたいでございます。これは、先ほど話題になった、いわゆる伝染病予防法の中でも非常に話題になった主語の問題でございます。

七番は小規模作業所の運営について、これの安定のために法内事業化していただきたいということであります。

時間の問題で残念ですけれども、ちょっと資料の四を見ていただきたいと思います。

これが家族会を中心に歴史的に取り組んでいる作業所の実態でございます。一番上が国庫補助金です。百十万円。平成十一年は八百十カ所がいたしております。二番目の黒棒が、これが全国の精神障害者の作業所の数です。六十二年は二百十カ所だったのが、何と毎年百カ所から百十カ所ぐらいふえて、千四百四十七カ所になっております。国庫補助は八百十ですから、約半分でございます。

そんな中で、右の表を見ていただきますと、平成十年の記録でございますけれども、国庫補助をいただいている七百四十八の作業所の中で、総予算が六十一億、一カ所が八百十万円、通っている人が一万三千九百九人でございます。

何を言いたいかといひますと、精神障害者の地域ケアでアクティブな活動をしている、月曜日から金曜日までやっているわけですから最大の勢力です、これが法外施設として大体八百万ぐらいの補助金で二十人ぐらいの入所生をケアしているということに關して、ぜひ行政、政府の光を当てていただきたい。これは家族会が今みずから身銭を切ってやっている制度でございます。法として位置づける、できたものの運営費を予算措置をするということとはぜひよろしく願ひしたいと思ひます。

最後に、当事者団体の助成について。

在宅・地域ケア時代に一番重要なのは、当事者、家族、本人、そしてそれを支える人たち、それを行政の一つのパワーとしてどう活用していくか、社会資源として活用していくかでございます。今回の法改正ではこれは全然取り上げられませんでしたけれども、二十一世紀に向けて、当事者を支援し、それが行政サービスのパワーとして役割を持つということ、団体や障害者団体の支援をよろしく願ひしたいと思ひます。我々も実践と運動を頑張っておりますので、よろしく御対策のほどをお願いいたします。(拍手)

○木村委員長 どうもありがとうございます。以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わりました。

○木村委員長 これより参考人に対する質疑を行います。

○衛藤(愚)委員 どうも皆様方ありがとうございます。

私どもも、いろいろな御指摘をいただく中で、精神保健福祉法に關しては、六十二年、平成五年、七年、またことし十一年というぐあいに改正をしながら一生懸命努力をしてきたところでもございます。特に平成七年の四年前の改正に、どうしても福祉のサイドに光がちゃんと入らないことにはこれ以上進まないだろうということで、改正に皆さんと一緒に努力をさせていただきました。一番最初に結論を申し上げますが、今回全面改正をしたかったというのが正直なところなんです。しかし、幾つか御指摘をいただいたように相当残りました。どうしても間に合わなかったというのが実情でございます。そういう中で、ちょうど今西島先生が、官がちゃんとした役割を果たさなかったのではないのかという言葉を最後に一言言われて御意見の開陳を終わりました。どういう気持ちなんだろうかと、まず、これを西島先生にお願いいたします。

〔委員長退席、鈴木(俊)委員長代理着席〕
○西島参考人 昭和五十九年に宇都宮病院の事件が起こりまして、さまざまな問題がそこで議論をされたわけでございます。そのときに、例えば社会復帰の問題等も含めまして、社会復帰施設をつくることであるというところから、つくらなければならぬというふうになりますと、もっと早く地域ケアの推進ができてきたのではないかとというふうに思っております。

それからもう一つの問題は、やはり国公立の病院が非常に対応困難な患者さんたちをきちんと見

てなかったというところがございます。そうしますと、見てくれる病院は行政にとりましてはある意味では非常に便利な病院であるということがありまして、となりますと、当然その病院に対しての行政監督とか指導というものがどうしても甘くなりかたである、そういうことが今回来たのではないかと、私には考えております。

これは当然、私も入っておりますが、日本精神病院協会も盛んに指導してきたわけでございすけれども、しかし日本精神病院協会は何の権限もございせん。そういう意味で、官がやはりしっかりとしたものを持つていければこれは解決してきた問題ではないかと思ひます。

特に、きょうはほとんど民間の病院の名前しか出ませんでしたが、国立厚労省病院、あれは非常に私どもでもあきれた対応をしていたわけでございすけれども、当然、それに対しては新編県が医療監督、それから実地指導等入っているはずでございすので、どうしてそれがきちんとしてきなかったのか、官がしっかりとしていれば私はこういうさまざまな問題は起きてこなかったのではないかと、私には思ひます。

以上でございす。

○衛藤（愚）委員 どうもありがとうございます。いろいろな御意見が精神病院長期入院だとかあるいは患者の権利の問題だとか保護者の問題だとかありますけれども、実はほとんど政治の問題なのであります。私もそれを官だとか民だとかに責任をなすりつけようなんという気は全く持っておりません。今、政治が果たすべき役割を果たさうと思ひます。

今先生からお話ございましたように、例えばいわゆる療法患者をほとんど民間の病院に押しつけておる、先ほどの実態もございましたように、そのことがより閉鎖性を強くしているというふうな問題もあると思ひます。また、いわゆる病気の程度、種別によってちゃんとした対応ができなくなっているところがあると思ひますが、まず

療法患者対策について、西島先生、それから伊藤先生はどういうお考えをお持ちか、お聞かせをいただきたいと思います。

○西島参考人 療法患者の問題にしましては、これはとても医療だけではできない状況だろうというふうな思ひます。ですから、先ほど申し上げましたように、警察庁、それから法務省も含めまして、幅広い検討をしなければならぬ。これはなかなか解決しない問題であらうというふうな思ひます。

最初に申し上げましたように、宇都宮病院事件も、実は療法患者さんたちがたくさん入っておられました。ですから、そういうことがまだまだ先送りになれながら来たことに問題があるのであつて、私は、これを早急に御検討いただければというふうな思ひます。

○伊藤参考人 最初に、官と公の問題で、処遇の困難な方が官に余り入っていないんじゃないかという問題についてお話しさせていただきます。私どもも、平成八年度に、国立も含めまして国公立病院の実態調査を行いました。そのときに、措置入院の患者さんをごのぐの割合で引き受けておるかというのを調べましたところ、先ほど西島参考人がおっしゃいましたように、確かに、現在入院している患者さんで措置入院の患者さんの率は官の方が余り高くありませんでした。

ところが、新たに発生した患者さんについてどのぐらひ受けているかというのを調査しましたところ、病床の数の割合が国公立の病院は非常に少ない、全体で九・六％しか国公立の病院はありません。それを病床占有率といひます。それから、一病床当たり平均して三・四倍、民間より多く受けている。ということ、これはまだ少ないとは思ひますが、少しずつふえていくという実態があります。

それからもう一つ問題なのは、病床の地域偏在であります。このような処遇の難しい方は都会に

多く発生いたします。ところが、都会には公的な病院の病床が少ないということが判明いたしました。

私のところは十勝という人口三十六万のところですが、道立病院と国立病院があるということもありませんが、民間病院の方には、もう十年ぐらひになると思ひますが、ほとんど措置入院の方はお願ひしております。全部私どもが引き受けております。ですから、例えばそういう方が多い地域にしましては、やはり国公立の病院にある程度病床がなければ新規の方はなかなか受けられないという状況があります。そして、実際に公立病院の中でも、都会にある公立病院の夜間救急とかあるいは措置の患者さんとかは、特に東京都は、何％だったでしょうか、かなりの部分を都立病院が引き受けてきている、そういう体制を組んでいるということもありません。

次に、療法患者さんの問題ですが、まず医学的に私たち医療を提供する側から見ますと、我々としては、この療法という概念が我々のカテゴリーの中には入れられない領域ということがあります。私どもは、医療をいかによく提供するか、そして早くよくして退院させてあげることが私どもの役目です。

例えば覚せい剤の方が私どもの病院にも入院してきます。幻覚や妄想があつて、非常に急性な錯乱状態にあるときは、当然私どもの病院に入院させます。しかし、その時期が過ぎまして落ち着きますと、比較的早く落ちつくわけですが、私どもとしては、精神症状が消失あるいは軽減した段階では、それ以上入院をさせておくのは医療として手だてがないといひます。逆に人権侵害になります。

したがって、よく似た段階では、もう既に警察の方で本人の証拠が整つていれば、退院と同時にそのまま警察に戻つていただいて、司法の裁きを受けていただく。それから、もしそういうことで、覚せい剤はやってのだけれども、警察の

方で司法的な処遇ができないようなケースについては、本人に自首を勧めるということをしております。そういう形でやらざるを得ない。また、これ以上のことは、私ども医療者としては法的にはやり過ぎというふうには私には考えております。

実際、病気が重くて、殺人を犯すようなことでも入院してきた患者さんには、よほど病気がよくならない限りなかなか退院させる勇気がないということは私も実際にあります。退院させても、地域でできるだけ支えていくというふうな工夫はしております。

以上です。

○衛藤（愚）委員 そのとおりだと思ひます。我々、今回結論を出せなかったというのは非常に残念でございまして、先ほどからお話ございましたように、これは早急に結論を出してやらなければいけない。ただ、こういうことを申すのはなんでもございす。ただ、ちょうど我々も党を挙げて成年後見制度の導入とかいろいろな大きな法務関係の改正に入っているものからどうしてもおくれてしまったというところは、逆に言えば申しわけなく思ひます。早く結論を出さなければいけません。これは早急に結論を出さなければいけません。

さて、二点目は長期入院の問題についてお伺ひさせていただきます。西島先生は、最近長期入院は社会的にも少なくなつたと言ひますが、これは世界との比較をやつてみますと、やはり問題があるというように私どもも思ひます。それで、長期入院患者を処遇するためのいろいろな生活施設などの新しい施設体系が必要というぐあひに考えています。病院側の立場、あるいは社会復帰施設を運営する立場から、西島先生、そして新保先生に御意見を伺ひさせていただきます。

○西島参考人 先ほどの資料でも御説明をいたしましたように、長期入院になる患者さんの数そのものは、最近の十年間ではかなり変わつてい

るということでございます。

ただ、全体的な患者さんの数を見ますと、五年以上、十年以上の患者さんたちが三〇％近くおられることは事実でございますが、この方々がかなり高齢化されているという部分もございまして、ですから、単なる作業所で作業をしてもらって云々というだけでは問題は解決しないだろうというふうには私は思っておりますので、この高齢化された方々をどうするかというの、一つあるかというふうには思っています。

そしてもう一つは、実は資料でもお示しをしましたが、中等度以上の症状をお持ちの方々をどこでどうやっていくのかということもやはり考えなければいけない問題だと思います。日本精神病院協会は、病院の中に施設ケア的なものをつくらうというふうに考えておられるようでございますが、それも一つの方法かというふうに思いますけれども、病院の中だけでは、地域ケアという観点から見ますと少し問題も残しているかなというふうには思っているわけでございます。

以上でございます。

○新保参考人 社会復帰促進についてでございますが、先ほど西島先生の方からいわれる残留率という数字が示されました。私も、どちらかというと退院率の方を見ているわけでございますが、退院率でいきますと、確かに西島先生がおっしゃる様に、一年以内はおよそ八〇％という数値でございますので符合いたします。ただ、五年以上、十年以上という数値になりますと、実は退院率が五年ぐらいでおよそ一五％、十年以上になりますとそれよりも減るといのが現実でございます。

ということとは、長期入院患者という社会的入院患者というのか、こういった人たちの現実は大分変化がないということでございます。病床がおよそ十年前から一万床減りました。三十五万から三十四万に減ったわけですね。そして、それはわずかに一万人しか数が減っていないということでございます。しかもその一万人の中には、先ほど西

島先生もおっしゃられましたように、三カ月以内あるいは六カ月以内、一年以内で入院退院を繰り返している人たちがふえてきてまいりましたので、そういった方々の数がかなりおられるという事です。現実的には、長期入院の患者さんたちの数は減っていないというのが実態だということふうに思っております。

したがって、この人々を受け入れる体制をきちんと進めていかなければいけない。そのためには、中重度の問題ももちろん重要ではございますが、要は、まずは社会的入院と目される患者さんたちの受け皿をどうするか。

すなわち、先ほど申し上げましたように、退院の目安もない患者さんたちがいるのが現実でございます。そして、この人々を社会的に入院させておくという事は、御本人の生活権を阻害するだけではなくて、いわば財政上も極めてマイナスが大きいというふうに思っております。仮に入院費用がおよそ三十万だとして、その方が生活保護を受給して地域で暮らすようになって外来医療を受けるようになったとしたって、恐らくその半分にも満たない金額で済むのです。こういったこともあわせ考えますと、在宅で精神障害者を支える施策の推進は不可欠だというふうに思っております。

なお、施設形態については、最も不足しているのはいわば受け皿としての住む場でございます。

この国日本は、精神障害者にかかわらず、健康者である一般市民についても住宅政策がおくれているというふうに言われております。そのしわ寄せがまさに克明にあらわれているのが精神障害者に対する居住施策だということに思いますので、ぜひともその点を中心に広範な施策が推進するようお願いいたします。

○衛藤(愚)委員 どうもありがとうございます。しかし、今、現実にはそういう住む場、あるいはいろいろな中間施設、あるいは社会復帰施設を入れて、これだけ頑張っているつもりなのですが、

なかなかふえないというところに問題があるというふうに思っているのです。

さてそこで、我々も今までのいろいろなお話の中で皆様方から御指摘いただきました、地元住民の反対などいろいろありますけれども、行政として、政治としてやらなきゃいけないことで足りないものは何だと思っておりますか、新保先生と荒井先生にお聞かせいただきたいと思っております。

○新保参考人 私は、冒頭陳述で申し上げましたように、市民との負の格差があるという、まさに法体系そのものが、市民に対して精神障害者はいわば私たちと違うということを意識づけているというふうに思っています。

私も、実は、社会復帰施設を設置するときに物すごい反対運動を受けました。私を罵倒して、私とちれば言葉じりをとらえて、私を痛めつけることによれば施設づくりをさせないようにしようという事で、周りは身勝手な勝手なことを言っていて、私をビデオで撮っているのです。そして、私の不本意なというか怒りの上での発言だけを取り上げてさらに攻めるというふうな、まさにこれは精神障害者の人々に対する罵倒を私にそのまま向けているのと同じでございます。

こういった誤解や差別、偏見の言葉というものは、まさに精神障害者の方々に対しての法制度がこれまで不備だったからだと思います。すなわち、隔離収容政策が主であったためにというのか、そうせざるを得ない社会状況もあつたということ、よく理解できますが、そういった社会状況の中で精神障害者の方々の実態を見えなくしていることが一番大きなことです。

精神障害者の方々を理解していただくためには、精神障害者と市民の方々が接触できる場があることが一番大きなものです。その意味では、社会復帰施設、作業所も含めてですが、そういったものが地域の中にたくさんあることによって精神障害者の方々に対する市民の見る目が変わります。当然理解度も深まります。当面は、精神

障害者の方々が医療の枠の中だけではなくて、まさに地域でも生きられるのだという施策を推進していくことが極めて重要だというふうに思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○荒井参考人 六十二年の法改正のときに、精神障害者の社会復帰施設という条文が初めてできました。目的のところに、精神障害者の福祉という項目が入りました。

そのころ、作業所が二百十カ所ありました。この病気が大変な難しい病気だから、素人なんぞ、ボランティアなんぞどうだというふうなお怒りもありました。そんな中で、非常に精神障害者に共感を持って懸命に支える人がいれば、地域で再発も防ぎ、生活できるんだということが二百の実践が示されておりました。行政関係者の人たちは懸命で、先生方にも診ていただいたいて、医療施設ではない、医者が施設長ではない施設でも、精神障害者は地域で支えられるんだということで勇断していただいたと思っております。

六十二年から十三年間に、知的障害の施設ですと作業所の予算を三年もらった後は授産施設だ、こういう運動が今質問されている衛藤先生の大部分とかいろいろなところにあるのです。そういう運動で七百、八百と今法内施設がふえてくるのです。これが、十三年たつて百五十ぐらいの授産施設しかありません。これは何かということは大きな問題だと思っております。

私たちは、六十二年に、社会復帰、福祉ということで、本場に福祉法ということで、この法律に福祉を入れていただいたので、大いに全国を飛び回って福祉施設をつくらうというふうな運動をしました。しかし、家族会の作業所が授産施設になつたのは多分十カ所、今は大分みんな元気になつてきましたから十五、十六カ所あるかもしれせんけれども、それが現実であります。

そのときに一番大きな問題は、今前の方が偏見というをおっしゃいましたけれども、本場に偏見も大きな壁でございます。しかし、千五百の作業所が地域にできているということは、これは

偏見で施設ができないということは私はあり得ないと思っています。それではないというふう

一つは、運営費の問題です。これは私が要望書につけた一番最後の資料を見ていただきたいのです。知的障害者の法内施設が八百八カ所あります。精神障害者の通所施設が百二十七カ所。そのほか、手帳を持っている知的障害者は大体四十万人と言われている。精神障害者はその倍とも言われている。その中で、この施設の差の一番大きな原因の一つは、運営費が非常に低いということです。つくっても、その後も運営の地獄の苦しみに遭うというようなことが一つあるかと思

もう一つは、土地及びマンパワーの問題です。非常に偏見もありますけれども、やはり公的な土地、援助が必要で、そのときに、市町村の権限の問題があります。やはり市町村が責任を持って社会復帰施設、福祉施設をつくり、民間に委託をし運営をするという、市町村の権限委託、移譲の問題が大きな問題だと思っております。

そういう意味でも、今回の法改正はまだ全部が移っておりませんけれども、市町村の責務も強化されたということで、もう一つ運営費の問題も考へただければ、今精神保健関係者は燃えておりますので、どんどんふえていくかと思っております。

○衛藤(愚)委員 どうもありがとうございます。質問をもっと準備してはいたのですが、どうしても時間が足りませんので、終わらせていただきます。

私も、自民党を代表して私は今質問させていただきます。実は、前回の改正のときに今度全部やりたいということだったので、特に大きな長期の問題、触法の問題、また保護者義務の問題等について多くの課題を残しておると思

様方の御協力をよろしくお願い申し上げます。終わります。ありがとうございます。

○鈴木(俊)委員長代理退席、委員長着席

○木村委員長 金田誠一君

○金田(誠)委員 民主党の金田誠一でございます。きょうは、参考人の先生方には、大変御多忙のところ、また遠いところからおいでをいただきまして、貴重な御意見をいただきまして、本当にありがたき思っているところでございます。

早速質問に入らせていただきますけれども、先ほど冒頭の陳述の中で、小林先生、諸外国の例ということで、後ほど時間があれば紹介をしようとお話があったと思っております。

患者の権利という観点から、欧米ではどういう状態なのか、日本と比較してどうなのか、その辺のところを少し御説明いただければと思

○小林参考人 少し説明させていただきます。

まず、アメリカ合衆国とかヨーロッパにおきましては、精神病院がどういふものなのかというところから、やはりしっかりとしるべきかと思っております。精神病院というのは人権侵害の温床なのだという発想があります。ですから、監視チームもつくればいけない、そういうことで監視チームもつくったり、そして患者さんたちの申し立てを受け

アメリカ合衆国でも、もちろんアメリカ合衆国は州によっていろいろな差があるそうです。私たちが仲間はカリフォルニアに留学しまして、それを詳細に検討してきました。私はイギリスに行つてそういうことも調査をしてきましたけれども、大体は、アメリカの場合は連邦政府が各州に患者の権利擁護の予算を置きまして非営利団体をつ

りまして、長は弁護士さんということで、やはり法律的な介入が主になっております。

弁護士さんがいつも行くというわけではなくて、パライーガルという人たちの養成しまして、定期的に精神病院を訪問して患者さんの意見を聞く、苦情を聞いたりして、その中で弁護士の援助が必要であれば、そういうところに結びつけるということです。

それで、私たちがいつもモデルにしたいと思

ていますのは、オランダの例です。オランダは、いろいろ経過があるんですけれども、国が公立病院にそういう患者権利擁護者を配備しました。それはどういふ団体かとい

と、いわゆる非営利団体で、日本の社会福祉団体みたいなものだと思いますけれども、その中のスタッフの半分以上は病気の経験がある人ということが大変重要で、入院の経験がある人ということ

は、患者さんの訴えや苦しい状態が我々病気を経験していない人よりもよくわかるということ

で、ベジエントアドボケートや、精神病院に入るオンブズマンとして、病気を経験した人の資質とい

うものは大変重要な資源となっております。それで、オランダの場合ですけれども、公立の病院でやって、最初はやはり医療者たちの抵抗は

かなり根強いものがあつたそうですが、徐々に進展してきました。今では、法律で保険点数にそう

いふものを上乗せして、全部の病院に患者さんの擁護団体というものが入つて、患者さんたちが

入つて、患者さんの意見を聞いたりしていただくわけ

です。そこでももちろん人権侵害が暴かれることもあつたということで、幾らかは透明になってい

を聞いて、そして代理人になったり、単にお話を聞くというような活動をしております。

外国の場合は、そのように公的な資金で非営利団体、しかも、半数以上が病気の経験を持った人によって運営されているということが大変重要な点だと思

います。いろいろ制度の違い、法律の違いがあつて、すぐそれを日本に適用するということは難しいかもしれ

ませんが、こういうものがなければ精神医療審査会に幾ら機能を持たせたとしても絵にかいたもちです。ですから、ぜひその導入に向けての方向性を持った議論を今後お願いしたいと思

っております。○金田(誠)委員 ありがとうございます。特に、病気の経験がある方がこの人権擁護のチームに入っている、非常に興味深い事実を紹介をしていただきました。

まず、私のこの問題に対する問題意識でございます。実は、去年は感染症予防法というのがこの場で大きなテーマになりました。伝染病予防法を全面改正して感染症予防法ということに改めたわけ

でございますけれども、そのときの感染症予防法の問題は、かつては社会防衛といひますか、隔離、収容、こういうことを基本にしていますか、そう

いう側面が非常に色濃く法律であつたわけ

で、それを、人権の尊重あるいは良質かつ適切な医療、福祉の提供というところに軸足を移していく

という、大きな世界的な流れの中での改正という

ことが試みられたわけでございますけれども、私

などは終わっているなというのが感染症予防法に

擁護という観点はまだまだ十分とは言えない、日暮れて道なお遠いという思いもするわけでございます。

そうしたときに、改善の方向を切り開く観点としては、この精神保健、精神医療の分野に公開とか参加とか当事者の自己決定という観点をもちと導入する必要があるのではないかと、こんな思いをかねがね持っておりまして、このことから、ただいまの小林先生のお話では、スタッフの半分が入院の経験のある方がチームを組んで人権擁護に当たっているという御紹介は極めて感佩深いものがあるわけでございます。

そういう観点から、諸先生、五名の方にそれぞれ端にお答えいただきたいと思うことがあるわけでございます。

それは、我が国の公衆衛生審議会、その中の精神保健福祉部会でございます、この名簿をいただいているわけなんですけれども、これを見た限りでは、精神保健福祉部会の中にその当事者の方あるいは家族の方が入っておられないということがかなり象徴的な事象になっているのではないかなというふうに思うわけでございます。

仄聞いたしますと、東京都あるいは大阪府では近年になって当事者が審議会に入ろうになったというところも伺っておるわけでございますけれども、残念ながら国の審議会の精神保健福祉部会には入っておられない。身体障害者とか知的障害の場合はそれぞれ当事者なり家族なりが入っているけれども、精神障害の場合はまだ実現していないというふうに思っておるわけでございます。

その点について、私などは当然可能な限り入ってしかるべきと思うわけでございますが、西島先生、伊藤先生、小林先生、新保先生、荒井先生、それぞれ一言ずつお考えをお聞かせいただければありがたいと思います。

○西島参考人 お答えさせていただきます。

まず、公衆衛生審議会の精神保健福祉部会には家族会の方は入っていないというふうには認識をいたしております。(金田(誠)委員)お

医者さんですから、御自身でそういう子供さんがいっぱいしゃるといふことではないようでございます(す)と呼ぶ)そうでございますか、大変申しわけございませんでした。

確かに、そういう御家族の方の意見、患者さんの意見を聞くのは非常に重要かというふうには私は思います。これまでの歴史の中で、精神神経学会というのがあるとして、この学会の中に理事から患者さんたちが入ってくるような体制があったわけでございますけれども、全く議事が進まないというふうな歴史的な経過もありまして、そのあたりが一步踏み込めないと、ころなかなという気がしないでもございせん。でも、長期的に考えますと、患者さんたちのこれからをどうするかという問題でございますので、当然私は必要な問題かと思ひます。

もう一つは、これは私は臨床の立場で申し上げますけれども、病識の問題もございせん。それともう一つ、先ほど申し上げましたように、必ずしも精神分裂病の患者さんだけの問題ではないというところでございせんので、これを幅広く検討した中で、この審議会の中でそういう患者さんたちの意見をいただくかどうかというのを考えなければいけない問題だろうというふうに思ひます。

○伊藤参考人 私は、公衆衛生審議会の委員に当事者の方が入っていただくのは望ましいことだと思っております。

実際、私も、いろいろな活動をするときに、患者さん自身からいろいろな意見を聞いたり、あるいは地域の講演会で講演をしていただいたりして、ある意味では、我々専門家の狭い見方よりももっと啓蒙されるようなお話をさせていただくことが何度かあります。そういうことです。

○小林参考人 当然ながら、家族、当事者は入るべきだと思います。

実は、私は、この精神保健福祉部会の傍聴を、いろいろなごたごたの後、やっと傍聴を認めていただくことになりました。そして思ひました、サービスを利用する当事者がだれもいないところ

で、その関係者だけでプランを練っている、よくしようということがとても不思議だなと思ひながら傍聴をしていた事実があります。

ですから、病識とか何かの問題ではなくて、今はそういうところに出る患者さんの団体もたくさんあって、それなりにそういう能力を備えている人がたくさんおりますので、患者さんも家族も、当事者をぜひ参加させていただきたいと思っております。

○新保参考人 適切な医療を供給する、そして適切な医療を受給するという関係は対等な関係であることが当然です。したがって、インフォームド・コンセントが重要であるというふうな言われておるわけでございます。この意味におきまして、家族、当事者がそういう審議の機関に入って意見を述べることは重要だというふうに思ひます。

殊に、精神障害者につきましては、金田先生おっしゃられましたように、社会的防衛の要素が強い法律がようやくそこから脱皮しようとしている時期でございますので、なおさら人権尊重等を配慮する上で、そのような御配慮を願えればというふうに考えております。

○荒井参考人 そのとおりでありますということなんですけれども、

ほかの専門委員会、研究会にも、大体半数以上、二十人のときは十一人というように必ず医師の委員が多くあります。

私も、先ほど申し上げた六十二年の法改正の中で、医療施設でなくとも、地域でさまざまな精神障害者のノーマライゼーションを支えられるということで、精神障害者の対策が十年前に変わったのに、その意見がある意味では平等に吸い上げる必要が非常にある感じがいたします。

私自身も当事者であります。精神病院に三回も入院しております。薬物やアルコールでありますけれども、そういう意味でも、説得力のある資料をもってきちっと発言をする、そして訴える、これは場所がなければ、チャンスを与えられなければ

ばなりません。そういう意味では、病気の症状とか大騒ぎして騒ぐとかということじゃなくて、ぜひチャンスを与えていただきたいと思ひます。

○金田(誠)委員 どうもありがとうございます。次に、西島先生と伊藤先生、お二方にお伺いしたいと思ひます。

それは、民間と国公立の役割分担についてでございます。それに関連して、精神科特例の問題にも触れていただければというふうに思ひます。

実は、精神医療のみならず一般医療についても、私どもの党内でも、国公立と民間の役割分担はどうあるべきかというところではいろいろ意見が分かれてございまして、現在、統一的にこうあるべきだということまで至っていないというのが現状でございます。

私なりに思ひますのは、これは全くの私見でございますけれども、経営主体が国公立であるとか民間であるとかということ、治療を受ける患者にとってはほとんど関係のないことではないかというのが原点として私なりにあるわけでございます。

民間であろうが国公立であろうが、そこで良質かつ適切な治療を受けることが患者にとつては一番必要なことであるという観点からしますと、西島先生の資料では国公立ではかなり予算的な措置がされている、経営主体、設置主体の違いによって予算的な措置にそう違いがあつていいものなんだろう。患者という立場からいいますと、どこかの病院に行つても、国公立が全国に満遍なくあるわけではないわけでございまして、どこに住んでいても良質かつ適切な医療を受けられるとすれば、経営主体にかかわらず一定のレベルを保障するために一定の予算措置をとるか、あるいはもしないのであれば、診療報酬の上で、一定の要件を満たしたところには一定の診療報酬の措置をとるか、そういうことが本来あるべき姿ではないか。それが保障されれば、国公立の役割がこうだと民間がこうだという関係ではなくて、民

間、国公立の壁を超えて、初期的な医療をする、あるいは慢性的な医療をするところと非常に高度な救急の医療をするところ、こういう区分けの仕方が本来目指すべき方向なのかなという気が実は個人的にはいたすわけでございます。

その辺につきまして、お二方のそれぞれの御所見を賜りたいと思ひますし、あわせて、西島先生の方からは精神科特例について余り言及がなかったようにお聞きをしたものですから、医師会としてのお立場なども御説明いただければありがたいと思ひます。

○西島参考人 基本的には、先生のおっしゃることに私賛成でございますが、という、この「が」をつけさせていただきたいのでございます。

現状で考えますと、特に触法の患者さん、それから対応が困難な患者さんたちをどういうふうに今処遇をしているのかといふと、例えば保護室を使ったり狭い空間の中で対応しているのが現状でございます。やはりこういう方々のQOLも十分に考えなければいけない。そうしますと、広い空間の中で、そして十分なマンパワーを置いて患者さんたちを診ていくということが、たとえこういう問題を起こした患者さんであってもQOLの向上につながるという意味で、私は公立がこういう問題をやるのがいいのではないかと思っております。

特に、もし公立がこういう役割をきちんとなさるのであれば、私は、たとえ赤字が出て、それは政策的に納得できるものではないかというふうな思いをさせていただきます。ただ、そういう役割を果たさない中で、これだけの赤字を抱えてやっている。特に、先ほどの資料でいきますと、一般会計から六億から七億のお金を繰り入れていただいております。そういう実態を考えたときに、役割を果たしていないのではないかと、私どもも申し上げているだけのことでございます。

それから、精神科特例の問題でございますが、現状を考えますと、なかなか難しい問題がございます。しかし、私は、医師がある程度の数がい

て、そして看護婦がそれなりの数がいれば、そうすれば当然医療の質は上がるというふうな考えをしております。考えておりますけれども、全国の現状を見ますと、果たしてそれでやれるのか。今の精神科医の数、それから看護婦の数等を考えていきますと、まずやれるものは、診療報酬の中でさまざまな施設基準をやりまして、その中に、例えば看護婦をたくさん投入していればそれなりの診療報酬で見るといふ形の中で一つずつ階段を上がっていくのが現実的かなというふうな思っております。

でも、将来的には先生がおっしゃったように、精神科特例は私は外すべきだと思ひますが、現実的に考えますと、看護に関しましてはほとんどこの特例はきいておりません。と申しますのは、結構、新看護体系の中でかなりのマンパワーをそれぞれ病院が投入しているというのが現状でございます。

以上でございます。

○伊藤参考人 まず、国公立の役割分担の話ですが、一般病床の場合は、国公立の占める病床の割合は、全病床に対して二六・六％が国公立であります。一方、精神科に占めておれば、九・六％しか公的な病院が病床を占めておりません。私は、少なくとも非自発的な入院、強制入院の場合には非常に公的な配慮が必要でありますので、この九・六％という数字を見ますと、役割を果たすためにはもう少し公的な病院があってもいいのではないかと。

それからもう一つは、公的な病院の偏在であります。実は、北海道の場合も、道立の単科精神病院というのは私どもの十勝と網走にあります。この網走の道立病院を考えた場合には、これは地域医療を担うために建てられたものであります。民間病院は網走では設立しないわけですが、経営的にも成り立たない。

ですから、公的な病院の役割というのは、当然、重い患者さん、重症な患者さんを診るということと同時に、過疎地域の医療を守るといふこと

もあるわけです。したがって、単に重症な患者さんをたくさん入れていくかどうかということばかりでなく、過疎地域の医療を守るといふことでも非常に赤字を出しながらやっているという事実があります。この辺もぜひ考慮していただければというふうな思っております。

それからもう一つ、医療法の改正でございます。私どもは医療法の改正をすべきだと。なぜならば、診療報酬制度の中で、確かに、いい医療をしたものについては、人員配置の多いところについては高い診療報酬を与えるということも大切でありますけれども、これはあくまでも経営によって誘導されることであります。したがって、経営が成り立てば、安い基準の病院運営をしても看護基準を下げてでも構わないわけです。

しかし、一般医療であれば、患者さんが高い医療水準の病院を選ぶという誘導といひましようか、インセンティブが働くわけです。ところが、先ほどもお話ししましたように、自分の意思で反して入院させられるということを考えますと、医療法の中で最低基準をきっちり定め、非自発的な入院の患者さんのために医療法の中で定めるところが基本にならなければならぬわけである。その上で、診療報酬制度でいい医療へと導くというわけです。ですから、一般医療の場合とは少し考え方は変えてもよろしいのではないかと、うふうに私は思っております。

それからもう一つ、将来の方向としての国公立病院と民間病院ということですが、先ほど言いましたように病床の数が非常に少ないわけですから、当然民間病院にも質の高い医療を保障するたために診療報酬でそれを導くということはぜひやっていただくべきだと思います。特に、先ほど言いましたように、まだ措置入院の患者さんを民間病院の方に入院をお願いしているということがありますので、医療の質を高めるためにも、民間病院も含めて診療報酬制度上で保障していただきたい、そういうふうな思っております。

○金田(護)委員 ありがとうございます。時間がほとんどなくなつてまいりましたが、荒井先生、一点だけお聞かせいただきたいと思います。

全家族連の意見書を前にいただきました。何度か読み返しました。その中で、保護者規定を廃止し入院制度の抜本的見直しということ、これが第一歩目の意見ということになっておったわけでございます。今回、確かに保護者制度の見直しは一歩前進ということだと思ひますが、全家族連の主張どおりにはなかなかならなかったわけでございます。なぜそうなのか、どの辺に障害があったのか、どの辺の理解が得られなかったのかというあたりを、差し支えない範囲で結構でございます。また、全家族連としての御認識をお聞かせいただければと思ひます。

○荒井参考人 私どもの運動では、平成五年に初めて入院制度等の代替制度を完備して保護者制度撤廃という要望をしました。そのときは、先生方も御存じのように保護義務という義務がつけられていたもので、義務を撤廃して保護者制度ということに変えたというような形の中で、全家族連及び各地の家族会を社会復帰促進センターということで指定して、さまざまな研究調査や相談事業、啓発事業を支援しようという形で、もちろん法ができてから指定をいたしました。

そんな中で、医療にかかわる緊急入院なり入院の系統の問題とか、その辺が大きな課題で、そのことに関しての制度とかそういうものが整っていないというふうなことで、早急に検討していただくという形で、今回は将来なくす方向で改正という感触を得たので推進ということにしたというふうになります。

○金田(護)委員 最後の質問になろうかと思ひますが、移送制度の関係につきまして、西島先生、伊藤先生、それぞれ御所見を伺いたいと思ひます。

現在、応急入院指定病院は平成九年度で全国五十八施設ということでございます。それを三百

五十五の二次医療圏すべてに移送に足る受け皿としての施設を設けなければならない。果たしてそれが可能なかどうか。その場合、どういう留意点が必要なのか、その辺のところをお聞かせをいただければと思います。

○西島参考人 移送制度につきましては、先ほど家族会の方もおっしゃいましたけれども、私もそういう意味で一步前進かなというふうに思うのですが、ここにはさまざまな問題が含んでいるというふうに思っております。

特に、ある意味では非常に重度な患者さんたちを対象にしているというふうに思います。実際、今精神科救急システムというのが各都道府県で行われているわけですが、これはすべて患者さんに対応するようにかなり整備が進んでいるところがございます。ですから、移送制度と同時に、やはり精神科救急システムを今後も整備していく必要があるのではないかなというふうには思っております。

それから、応急入院指定病院の件でございますが、そもそも応急入院というのができました経緯は先生御存じだと思いますけれども、たしか外国人の方々が非常に精神障害で法の中で対応できない部分があったので応急入院制度というのができたように記憶をいたしておりますが、それが非常に厳しい条件でございました。例えばCTスキャンを受けなければいけないとか、非常に厳しい条件の中で、なかなかいろいろな病院が応急入院の指定を受けられないという現状だったと思います。

ですから、そういう意味で、ある程度のマンパワーがあれば、つまり夜中でも対応できるようにマンパワーがあれば、それで指定を受けられるというふうなかなりの規制緩和が必要ではないかなというふうに私は思っております。そうしますと、かなりの数の指定病院ができるのではないかと、かなりに思っています。

○伊藤参考人 移送制度については、最初のお話のときに幾つかの問題点を挙げましたけれども、

やはり患者さんの人権が損なわれないような安易な移送が行われないということが大切で、そのための規定をするということ。

それからもう一つは、受け入れ先の病院をどのようにして決めていくのかということが大切だと思えます。実は、特に二次医療圏ごとに、もう少し大きな医療圏ごとにこれを決めるとして、もある地域では病院そのものが存在しないということもあります。

それからもう一つは、医師の充足ができない地域もあります。例えば北海道あたりですと、過疎の地域になりますと病院はあっても医師確保ができないうことなどがあつて、実際には患者さんに適切な医療を保障できるかどうかということでも私も非常に心配しております。ですから、ある程度レベルの高い病院をいかにして選ぶか、あるいは低い場合でもそれを上げるような努力を一緒にしていくということが最低の条件だと思えます。

それからもう一つは、地域で日常的に地域の精神保健活動が行われていて、救急のように強制的に病院に運ばれる状況がないようにふだんからいろいろな方が支援活動をしている、このことが大事だろうと思えます。

○金田(誠)委員 どうもありがとうございます。時間が参りましたので、終わらせていただきます。

○木村委員長 福島豊君。

○福島委員 参考人の皆様には、大変お忙しい中、本日は衆議院においでいただきまして本当にありがとうございます。先ほどから大変貴重な御意見をお伺いすることができまして、感謝を申し上げます。公明党・改革クラブを代表いたしまして、何点か御質問させていただきたいと思っております。

まず初めに、医師と患者の信頼関係という話で、先ほど小林参考人からは、実際に申し立てをする患者さんというのは非常に少ない、それは例

えば申し立てをすることによって不利益なことが入院中に起こるのではないかと懸念があるのか、それからまた、実際にそういうことができるということも告知をされていないというところがあるのだという御説明がございました。

そこで、西島参考人と伊藤参考人にお伺いしたいのですが、両先生のところは決してこういう状況ではないというふうに私は思います。ただ、一般論として、これは実際どういう状況なのか、先生方の御意見をまずお聞かせいただきたいと思います。西島先生の方から。

○西島参考人 医師と患者の信頼関係、精神医療というのはこの信頼関係がなければ成り立たないというふうに思います。導入の部分で、最初はなかなか信頼関係がつかないわけですが、最初はなにかある程度の期間の中で信頼関係ができれば、ようやく安定して患者さんたちが治療を受けることができるというふうに私は考えております。

そこで、先ほどの告知等々の問題でございますが、これに關しましては、実地指導等かなり厳しく民間病院は指導を受けているわけでございます。カルテを持っていて、そういう告知をしているかどうかはかなり厳しくされております。ですから、こういう指導がきちんと効果を発すれば、私は何も法そのものをもっと厳しくする必要性はないのではないかと、ううううに考えております。

私どものところもいろいろ指摘を受けます。例えば、入院のときに告知を延期した、その告知を延期したというのを何で書いていないのかというふうなことも言われます。当然それは私どものミスでございますが、しかし、それは厳しく実は指導を受けているという現状がございます。

これをそれぞれ指導をされる方がもう少し認識をされていけば、効果が上がるのではないかと私は思います。

ただ、病院にもいろいろございますし、医師にもいろいろな医師がおります。すべてがすべて

そのとおりいくかどうかというのは疑問がございます。しかし、法で規制すればそれが成り立つものでもないというふうに私自身は考えておるところでございます。

○伊藤参考人 病名の告知とかあるいは入院時のときの説明というのは、精神科の場合には非常に難しい時期はあります。しかし、原則としては、それを目指していくべきだと思います。

そのために医師がそれに割く時間というのは、恐らくはかの診療科におけるよりも精神科においては、きちっと説明と同意とかあるいは入院してから治療計画を説明するのは非常に時間のかかる行為だというふうに思います。

しかし、診療報酬制度上、入院時の治療計画加算というのが何年か前にできましたが、残念ながら精神科では初めそれは不要だということで診療報酬制度上認められませんでした。ところが、昨年だったと思っておりますけれども、ようやく治療計画加算というのが診療報酬制度上認められるようになりまして、一方、他の診療科の場合はたしか三千五百円、ところが精神科に關しては二千五百円というところで、なぜ精神科の診療報酬が、しかも懇切丁寧にしなければならぬ入院時のときの説明への診療報酬が低いのか、私にはそれはいまだに納得できないところがあります。

そういうようなことで、やはりまだまだ精神科の患者さんと職員との信頼関係を築くための基盤づくりは少ないのではないかと、ううううに思っています。

それから、もし時間がありましたら後ほどお話ししたいと思いますが、病院の情報公開、病院の透明性を日常的にどのように築くかということも非常に重要なことだと思っております。そのことによつて、患者さんと治療者側の信頼関係をより一層築くことができるのではないかと、ううううに思っております。

○福島委員 そこで、小林参考人にお尋ねをしたのです。先ほどの「東京精神病院事情」というのを

大変興味深く拝見させていただきました。こういう形で外部評価というのはやはり必要だなというふうに私は思います。また、拝見しておりますと、経時的にどうも点数が改善しているところがあるように思っています。これはもう、このように形で評価されるということが逆にその医療機関の側にとっては励みになるという話ですが、もうちょっと努力しなければいかぬという話になると思うのですが、ずっとこのお仕事に携わってこられまして、そのあたりはどのようにお感じなのか、参考人にお聞きしたいと思います。

○小林参考人「東京精神病院事情」をそのようにとらえていただきまして、大変ありがとうございます。

これは私たちセンターそのものがやっているわけではなくて、我々の仲間が、特に医療従事者を中心としてずっとやってきているわけで、これは第三版目となっております。ただ、こういう厚い冊子です。それは情報公開の一つですけれども、これを一般の方々が、大変な患者さんを抱えている家族の方が簡単に利用できるのかというところ、ある面では大変専門的な興味がないという問題で、そのことに関しては苦勞しております。

ただ、やはり医療でも広告規制とかいろいろありまして、自分の病院のキャッチフレーズ、ここが売りなのだというのを宣伝していただくのも、もちろんそれは結構です。と同時に、行政が行う定期監査とかそういうものの結果を簡単に見られるように、インターネットで流してもいいし、保健所に置いてもいいし、図書館に置いてもいい、もっともっと簡便な形で手にして病院を選べるように、悪い病院には行かないように、そして自分のニーズに合った地域と医療の質をもって病院を選べるようになれば、精神医療も精神病院も違ってくると思います。

というのは、とにかくこれほど精神病院の多い先進国はないんです。多過ぎます。私は精神病院があればそれは人権侵害になると何度も繰り返して

ましたけれども、とにかく病床を減らすことを絶対に考えなければいけないわけです。行政的に大変難しいけれど、精神医療を利用する人が本当の意味で消費者となって病院をこういふように評価して、悪い病院に行かなくなれば、それはある程度は淘汰はできると思います。でも、それは十分ではない、やはり行政的な、政治的な解決が必要だと思っています。

ともかく、患者さんの団体とかがもしこういうことをしたい——患者さんはたくさん情報を持っています。我々はこれをつくるときに患者さんからも情報をいただきました。全家族からも情報をいただきました。ですから、もっと何か手軽につくれる方法を。それから、これは余りケアの質がわかりません。数はいても、数が多ければよいケア、よい質の病院とは言えないことが精神医療にとって大変な問題なわけです。我々はそれをやるか、メジャーを何とかして工夫しなければいけないとは思っているんですけれども、やはりこういうものは最低限必要だと思っております。

○福島委員 ぜひ今後も積極的に取り組んでいただきたいと私は思っております。

今回の法改正の中では社会復帰の充実ということが一つのポイントになっているわけですが、ただ、医療の場から社会復帰をしていくのに、その連携というネットワークというふうに私は思っております。

この点については、西島参考人も精神障害者地域生活支援センターが追加されたということについて評価しておられるわけですが、実際に精神科医療に携わっておられる、社会復帰というところで医療と福祉の連携というのが現実として今どうなっているのか、どこが改められるべきなのか、問題点はどこなのかということについての御見解をお聞かせいただきたいと思います。この点については新保参考人にもぜひ御意見を聞かせいただきたいと思います。

○西島参考人 社会復帰のネットワーク等々でこ

ざいますけれども、医療と福祉の連携が言われてもうかなりの歴史があるわけですが、ほとんど連携がなされていないという現実かというふうに思っております。

特に、福祉の部分を行政が持っていたというところにも一つの問題があるかなというふうに私は思うんですね。それはどうしてかと申しますと、行政の担当の方はころころかわるんですね、要するに異動されるわけがございまして、異動されまうと、また一からのスタートでございまして、そういう意味でなかなか整備が進まないということも一つの原因かなというふうに私自身は思っているわけがございまして。

それからもう一つは、地域の住民への理解の問題でございまして。地域の住民との連携をきちんとすれば、それはいいことはわかってはいるわけですが、それはいくらでも、社会復帰施設をつくらうとすると、ときに地域住民の意見を聞かなければならないようになっていくわけがございまして、これは総論賛成、各論反対でございまして、幾ら意見を聞いても、それはノーと言われるのが私も当たり前に思っております。実際、私もグループホームを幾つか持っておりますが、はつきり申し上げまして、地域住民の意見を聞かずにつくりました。要は、実績の中で御理解をいただくしかないかなというところでつくりました。そのかわり、私も、非常に慎重にこの運営を進めております。何か事件があれば、これはすぐボシャってしまいうこととございまして。

そういう意味では、このあたりもある意味では、理解を示さなければいけないの裏に地域住民の意見を聞かなければいけないというのは一つの差別かなというふうには考えております。

○新保参考人 医療と福祉の連携がどうなっているのかと言われますと、当事者として戸惑います。

なぜかといいますと、本来は連携はきっちりあるべきだという建前でございまして、また、その

ために私どもは一生懸命努力をしているつもりなんです。が、なかなか実を結ばない現実があるというところです。それは、いわば医療と福祉の役割の明確化というものが精神医療の中ではきちんとなされていないという部分があるんだらうというふうに思っています。

これまで精神医療の枠の中で福祉を担ってきた精神科ソーシャルワーカー、今般国家資格として精神保健福祉士という資格が誕生いたしました。この人たちが福祉の役割を担う立場にありはするんですが、その方々が勤務する病院の院長先生のお考えで使われ方が違ったり役割が違ったりということが現実にあるわけです。そして、今日もまだそういうことが続いているというふうに思われます。したがって、なかなかきっちりといかないジレンマがある、こういうことでござい

ます。

いずれにしても、今般精神保健福祉士法という法律が成立いたしましたので、病院内福祉あるいは病院内医療の中での福祉のあり方について、当然のように、精神保健福祉士の業務のあり方を通してこれからきちんとした連携が図られる体制ができるようになるだろうというふうに思っています。そのことに大きな期待を込めております。

できることであれば、いわば精神保健福祉士の仕事を、ソーシャルワークというような言葉を使いますけれども、ソーシャルワーク・イン・ホスピタル、要するに病院の中における福祉ではなくて、いわばソーシャルワーク・オブ・ホスピタル、病院の福祉ということにきちんと位置づけられるようなことを今期待しているということだけお話し申し上げたいと思います。

○福島委員 次に、西島参考人にお聞きしたいんですが、任意入院の場合に閉鎖病棟に入れるというのはいやいや避けたいということが午前中の審議の中でも繰り返し指摘されて、大臣を初めとしてなかなか歯切れの悪い答弁であったわけがございまして。

この点は、実際に医療機関を経営しておられる立場として、構造的な問題もあるというふうにこちらに書かれておりますけれども、そういう物理的な問題がある程度変えていく、改める、そういうものが進めば今よりもはるかに状況はよくなるというふうに理解してよろしいのか。また、現行の厚生省の補助の制度もございすけれども、そういうものの対象にはなっていないというふうに理解しているのか、その点をちょっとお聞きしたいと思ひます。

○西島参考人 今回の、先生方のお手元に、厚生省といふ事務局がつくられた資料の中で、任意入院でも四六・七％が閉鎖処遇を受けているというデータが出ておりますが、私も決してそれは思っていないわけではございまして、当然、基本的には開放処遇がいいことは間違いないこととございす。

ただ、私もそう思っていないというのはどういうことかと申しますと、患者さんが開放病棟に入っているか閉鎖病棟に入っているかという形でそれぞれの病院に聞いているように私は思ふんです。ですから、そうなりますと、閉鎖病棟に任意入院の患者さんが入っているというふうにも、然るるるらうというふうには思ひます。でも、実際はどうなのかと申しますと、任意入院の患者さんたちは出たいときには出られるようになっていて私は思ひます。ですから、実際は任意入院であるがゆえに完全に閉じ込めてしまっているというのではないらうというふうには私は思ふんです。

ただ、もう一つの問題は、重度の患者さんが数人いらっしゃるというふうなことも病棟全体を閉鎖的な対応をせざるを得ない。そういう意味で先ほど私は構造上の問題を言ったわけではございすけれども、そういう患者さんを診られるための、例えば十床、二十床でも経営ができるような財政的な措置、そういう補助があれば、その方々のための病棟をつくって、それ以外の方々は開放病棟で診ていく、これは私は理想的だらうというふうには考

えております。

ですから、きょう私は資料の中で申し上げましたけれども、そういう対応が今後できるかどうかということにかかっているのかなというふうに思ひます。

○福島委員 荒井参考人にお聞きしたいんですが、保護者規定を今回部分的に廃止をするという形になったわけですが、同時に、単身の精神障害者の方も非常にふえているというふうにお聞きしておりますし、地域において生活を営んでいく、そしてまた病気が悪くなったときには時期を外さずにきちっと医療機関で治療を受ける、そういうことが具体的に可能となるためには、そのサポートシステムというのは極めてしっかりしたものがないければ将来的に動いていかなければならないかと、特に保護者の方も高齢化しておられるということもありまして、大変懸念をいたしております。

現実には、都道府県でそれなりの成年後見制度を目指しての制度もありますけれども、それはどこまでの細かい対応ということでは恐らくないだらうというふうに思ひます。この点について政府として今後どういうふうに取り組んでいったらいいのか、また現状についてどのように御認識なのか、お聞かせいただきたいと思います。

○荒井参考人 私も、先ほどお配りしました資料に、作業所とか地域の実践活動は千四百ですけれども、作業所を網羅するわけにはいきませんけれども、大体十数万の都市なり単位には作業所ができてつあると思ひます。

厚生省は、今度の法改正の中で生活支援センターをいわゆる相談、援助事業という形で市町村に委託をし、市町村がまた法人に委託ができるというような制度をこれから立ち上げます。そういう意味では、今保健所が半数ぐらゐに減ってしましました。そうすると、市町村がそういう精神障害者に関する地域ケアの援助をせざるを得ないというのが非常に出てきておりますし、また、そ

ういう手もふえてきております。

そういう意味では、生活支援センターの作業所が、非常に難しい条件がありますけれども、作業所等を事業として認知していただいて、そして相談、援助事業、それからモニタリング等が機能できれば非常に有効ではないかと思ひます。専門性とかそういうものには非常に問題があると思ひます。ただ、やはり保健所とか行政機関、医療機関の御指導があれば連携してできるのではないかなというふうには思ひます。

○福島委員 以上で持ち時間が終わりましたので、質問を終わりにしますが、本日は、大変皆様ありがとうございました。今後の審議、そしてまた見直しもございすので、皆様の御意見をしっかりと踏まえまして頑張ってまいりたいと思ひます。

ありがとうございました。

○木村委員 児玉健次君、
○児玉委員 日本共産党の児玉健次です。きょうはありがとうございました。

私たちのこの間の審議の中で、精神医療が果たすべき社会的な役割の大きさという点でかなりはつきりしたコンセンサスが生まれつつある、こういうふうには思ひます。

私の時間は十五分ですので、恐縮ですがけれども、五人の参考人の方に最初に伺いたいことを申し上げて、そして順次御意見をいただきたいと思います。

最初に、伊藤先生にお伺いしたいのですが、随分議論されたことではありますけれども、私は、日本において、精神科特例と精神科の診療報酬、点数の低さと内容の不適合、この二つが相乗的に働いて精神医療を非常に困難にしていると考えております。これをどうやって改善していくのか。その点で伊藤先生の御意見をできれば具体的にいただきたいと思いますし、その中で、今、精神医療のスタッフの配置と関連して、臨床心理士が果たす役割、貢献の可能性、持っている豊かな可能性、そういう点について伊藤先生はどうお考

えか、それが私の質問でございす。

次に、西島参考人にお伺いしたいのですが、先ほどお配りくださったレジメの中で、「五年以上は中等度以上の医療必要群が多く、これらの入院者の対策が重要である。」一枚目の一番下に書いてあります。つい午前中の質疑でも議論した点でございすけれども、長期に入院重症者、急性増悪の再発した方も含めて、こういう方々に対する適切な医療、対応のあり方。高齢化されてもおるし、合併症の問題もある、そういう方々に対する精神医療の今後と、そしてこの領域で国立病院、あえて私は大学病院を入れたと思うのですが、国立病院と大学病院がどのような役割を果たすべきかと先生はお考えか。

次に、小林さんにお伺いしたいのですが、任意入院の多数が閉鎖病棟に入っている現状をどうやって打開していくか。もちろん社会的な能力が必要ですが、そして保護室、隔離室が今患者さんの人権を非常に抑えておられますけれども、保護室、隔離室の構造、設備を含めてどのように改善していくことが必要だとお考えか。

それから、新保さんにはグループホームの問題で、今、グループホームは何かの形で就労していることが条件になっています。これをそのまま放置しておいていいのかどうか、この点で御意見をいただきたいと思います。

最後に荒井さんですが、お配りくださった資料の横式さんとは、先週日曜日、私は札幌でゆっくりお会いしました。荒井さんにお伺いしたいのは、精神科病床の今後のあり方に関連して、一般病床に比べて急性期と慢性期に区分する、そういうことを検討する動きがあります。私は、初発の段階で必要な治療を大いにやるということは必要だし、だれしもそれは否定しないと思ひますけれども、もしこれを十分な留意なしに進めていけば、日本の精神科の病床が急性期に対応する部分と、精神科特例をさらに手薄にする、医療機関というよりは施設に近いものに二分化していくのではないか、こういう懸念を持っておりますが、そ

の点について荒井参考人の御意見をいただきました。

以上でございます。

○伊藤参考人 まず、診療報酬制度と職員配置の問題ですけれども、これは歴史的に不幸な歩みがありまして、精神病院に關しては多くの患者さんを病院に入れなきゃならないという時期がありまして、そのときに医師は少なくても構わない、それでも運営できる、しかも経営的にもそれでも十分やれるという時代が長く続きました。そういう背景がありまして、薄いサービスで、薄い利益で病院を経営するということがずっとやられてきたような気がします。それは、やはりこの辺で方向を変えるべきだというふうに思っております。

現在、一般病床の病床利用率は八〇%台だったというふうに記憶しております。一方、精神病床の病床利用率は九五%を超えているのじゃないかというふうに記憶しております。結局、できるだけ多くの患者さんを入院させなければ、例えば八〇%台での病床利用率では病院経営ができない。つまり、一人当たりの患者さんの収益が非常に少ないというところで、どうしても数多くの方を入院させなければならぬ。現実には病床が非常にたくさんある。そういう事態の中で悪循環がなかなか断ち切れないということがありますので、やはり病床利用率がそれほど高くないで経営できるように、回転していきけるような施策をとるべきだと思います。

救急がうまく行かないのも、病床利用率が高いとなかなか動きが悪くて本当に必要な方が救急で入院できないということもあるわけです。

そういうことから、私は、今の日本の精神病床の数は多過ぎますので、私どもの地域の経験からいえば、人口万対二十以下で十分地域の医療は保障できるというふうに考えております。現在、人口万対二十七の在院患者さんがおりますが、まず診療報酬制度の方もそういうことを加味しまして、急性期の患者さんを一生懸命やる病院には経営がやりやすいということをやっていただ

ければと思います。そして、全体の病床数が減って、その分だけ最近入院した方に手厚い看護と医療をというふうにしていただければと思います。

それから、臨床心理士については非常に難しい問題があります。というのは、医師の果たす役割と臨床心理士が果たす役割はかなり重複しているところがありますので、その切り分けがなかなか今難しいと進まないというところがあると思います。しかし、実際には、私どもは児童病棟を持っていますけれども、子供の病棟で子供の精神科的な治療あるいはケアをするには臨床心理士というのは非常に大切であります。ぜひ資格化を進めて、そういう領域でも活躍するような職種をつくっていただきたい、そういうふうに思っております。

○西島参考人 先ほどの御質問にお答えさせていただきますが、当然、五年以上の医療必要群というのは、治療困難な患者さんたちがどうしてもいらっしゃると思います。そういう患者さんたちをどうするかということでございます。地域ケアでやれない患者さんたちがいるんだということでございす。これは何も、先ほどのお話にありましたような触法の患者とか粗暴な患者とか、そういうことではございません。どうしても波が非常に多い患者さんたちがいらっしゃると思います。こういう方々はやはり医療施設で対応すべきだろうというふうに私は思っております。長期の入院で、その入院医療そのものが悪という見方はぜひしていただきたいというふうに思います。

ただ、そうなりましたときに、今一般病床でも問題になっておりますが、例えばがんの患者さんとか、ほかの病気で長期の医療が必要である患者さんをどうするかという問題も含めてこれは検討すべきであらうというふうに思っております。それから、国立と大学病院のあり方についてでございますが、国立は政策医療的なものをしていくべきではないかというふうに私は考えております。また、それなりの資金も投入して当然であらうというふうに思っております。それから、大学

病院に關しましては、重度な患者さんを民間病院との連携の中でやりまして、ある程度の治療が済めばまた民間病院でさらに治療をして、そして地域へというような流れをつくる役割が大学病院にあるのではないかなというふうに私は思っております。ですので、このあり方も一つございす。

以上でございます。

○小林参考人 任意入院のことですけれども、実は任意入院というのは、精神保健福祉法の中で全くあいまいな法律の一つの典型だと思っております。まずからの意思を持って入院をするということだけで、ほかに何の規定もございません。これは非常にある面では人権侵害の温床になっているというの事実です。その方たちの半数以上、六〇%近くが閉鎖で処遇されているというの当然わかるような気がいたします。

というのは、みずから意思を持って入院したい、精神病院で休みたいという方だけが任意入院ではないわけです。ノーと言わない人を入れるとか、そういうふうな病院にとって大変逃げ道がある手段が任意入院なわけです。

これは、例えば精神医療審査会における定期審査のチェックから免れております。何もしないで構わないわけです。そして閉鎖に入れておく。ですから、先ほど閉鎖処遇に入っているも出たい人は出られるだろうという御意見が参考人の方からありましたけれども、精神病院というのは収容所ですから、大体個別処遇というのはほとんどありません。大体がグループとして、一団として処遇をすることがとても多いと思っております。もちろん個別処遇があるところがありますけれども、原則として開放処遇をするべきだと思っております。ですから、任意入院で病院に入ってきた方が悪くなったときには、それは大変でも手続をして、ちゃんと医療保護入院にして法律の網をかけるというか、審査会なりなんなりに不服申し立てができるようなものにしていかなければならないと思います。私たちのところに相談に来るのは、任意入院だ

けれども精神医療審査会に申し立てたいという相談が随分あります。それは、自分たちが閉鎖処遇されているからです。ところが、今の法律では、任意入院の患者さんたちの訴えは精神医療審査会には受け付けられないことになっております。ですから、何もできないということなんです。

もう一つ、保護室の問題ですけれども、保護室があればあるほど利用されるというのは事実です。それからもう一つ恐ろしいことに、私は医療者ではありませんから保護室がどういう役割をとってきたのかよくわかりませんが、確かに、暴れた患者さんを静めるといふ作用が精神医療の中において必要だとは思いますが、今余りにも保護室が安易に活用されています。自分が納得して入ったはずなのに医療保護入院にさせられて、注射を打たれてとかく保護室に入れられている。保護室を通過することが一つのルートになっている、一つの治療のルーチンになっているという病院が私たちの方には随分寄せられております。

保護室というのは本来そういう役割を持つべきものではないでしょうし、私はよくわかりませんが、保護室がない病院というのがあります。ですから、保護室の数とか何かを最低限にして、できるだけ保護室を使わない、そのためにはマンパワーといひ質の医療の提供が不可欠だと思っております。

○新保参考人 先生から御指摘いただきましたのは、グループホームに何らかの形で就労条件が定められていることを放置してよろしいのか、こういうことでございす。放置しておいてよろしいのかと言われますと撤廃せよということにもなりかねないわけですが、どうしてこういう御意見が出るかといえ、グループホームはいわば生活の場としてとらえられているわけですね。そして、その生活とは一体何かといえ、日々のなりわいでございまして、その日々のなりわいは人さままであってよろしいという前提に立てば、何も就労を義務づける必要はないじゃないかという

御意見だというふうに思います。まさにそのとおりだというふうに思います。ただ、現行で撤廃をしてそれで済むかといえ、それだけの問題ではないというふうにも思っております。

精神障害者の方々の多くが働きたいと願っております。就労を希望している方々の数値はおおよそ七五％と想定されます。この方々の願いをかなえるという一つの施策のあり方として、就労あるいは何らかの形で働くという条件をつけた居住形態があってもよろしいかというふうに思っています。

大事なことは、働きたいと思っても障害ゆえに働けない人たちがいるわけです。すなわち、人には働く権利と、障害ゆえに働かなくてもあるいは働けなくても、それでも生活ができる権利があるんだということを保障するための居住システムが必要だということです。そのための制度としては現況では不足だということが指摘されているというふうに思います。

この意味では、精神障害者に対する居住プログラムをもっと多様化して、そして、一生懸命働きたくても傷病によって生じる働けない人たちに対する生活保障システムとしての居住形態をつくることによって、どんな障害を持っても自分たちが自分たちなりに生きられるんだという希望を与えてあげることが大事だというふうに思いますので、そういった居住プログラムの多様化について先生方にもよろしく御協力をお願いしたいというふうに思います。

○荒井参考人 大変難しい問題を投げかけられました。

高齢の親の子供ということでもまた高齢であります。そういう意味では、ほうっておけば一生精神病院のある部屋で終わってしまう。それで、本当にふやしてほしいと思いつつ十年運動しても、私どもだけがやったわけじゃないわけですから、非常に進まないという中でございます。

一つ参考までに皆さんに御紹介したいんですけど、私も、私も十年前にやった調査の中で、どう

して引き取れないのかというところがありまして。一番高いのは、やはり病気が治っていない、再発するところでありまして。家族の高齢化が著しい、特に保護者が六十一歳以上に達するところとあります。入院期間がこの人たちで平均で大体十三年です。発病してから十五年になります。

そうすると、十年以上病気が治っていないから引き取れないということはどういうことかということ、我々は厳然たる事実として考えるべきだと思います。それは、私は福祉だということに思っています。福祉的な対応をきちっとして、彼らが生活環境がいい中で障害者として暮らせるというような体制をつくるのが必要であると思います。

厚生省の大勇断で、精神障害も障害保健福祉部に入りました。障害者プランの対象であります。社会復帰のその部分だけが障害者プランの対象だというふうに言われていますけれども、私は、本当の重度の人たちも障害者であり、クオリティライフを含めた障害者プランのサービスを受けるべきだというふうに思います。ここまでは一番理想なんですけれども。

そんな中で、やはり短期の精神的な対応というのは医療ですべきであるし、そういうケアなり、いい環境の中で福祉的な措置で生活できる環境というものは福祉のレベルでやるべきである。それから、医療関係者も福祉という形で経営を考えていただきたい、収益事業なり経営というものの福祉ではなくて、そういう意味では、本当に福祉事業という形で、ほかの福祉法人をつくってそういう環境をつくるということも含めてお考えいただきたいというふうに思います。

○児玉委員 あと一分ぐらいあるようですから、伊藤先生に一回だけお願いしたいのです。

この精神科特例を私たちが乗り越えていくときに一番大きなネックの一つは、精神科の医師の養成だと思っております。この点について御意見をいただきたいと思っております。

○伊藤参考人 私も、差し当たりはそれが大きな

障害になるだろうと考えております。

そこで、とりあえずは、先ほど言いましたように、非常に難しい症例を扱うような病棟についてだけ少しづつマンパワーを上げて、それに対して手当てをしていくという方策をとらざるを得ないと思っております。そして、それを進めるうちに、次第に病床が必要でなくなることを期待しております。そうしますと、相対的には医師の数が足りるはずなんです。今は医師が足りないということもありませんが、病床が多過ぎて相対的に少ないのじゃないかという問題もあります。そういうことを総合的に判断して施策に反映させるべきだと思っております。

○児玉委員 ありがとうございます。

○木村委員長 中川智子さん。

○中川(智)委員 社会民主党・市民連合の中川智子です。着席のままで質問をお許しただきたいと思っております。

きょうは、参考人の方々の御意見、本当に貴重なものとして重く受けとめさせていただいて、今後の審議にしっかりと生かしたいと思っております。

まず最初に、西島参考人にお伺いしたいのですが、今の伊藤参考人への児玉先生の質問と重なるのですが、地域の中で地域の人々とともに生きていくという一つの要件としては、本当に身近なところに精神科のお医者様がいて、退院した後、その身近なところに通院してケアをしていくというふうなことです。私の町に暮らしていてもとても感じますが、精神科のお医者様が少ない。そして、割合と相性が合えばびっくりするほど早く治療していただくわけですが、相性が合わなくてはどうしてしまおうというか、結局遠いところまで通わざるを得ない、その間にまた悪化して再入院という友人たちを見ております。

それで、お医者様の中でいわゆる精神科に対する偏見のようなものが、実際本音で伺いたいのですけれども、医療機関の中で、お医者様の中で精神科のお医者さんが少ない。数的なものではそう

ではないと今おっしゃいましたけれども、やはり育つところが、私の目から見ましたら余りいらいらない。

そこで、制度的なものやいわゆる大学などの教育の中で何か直していかなければいけない部分があるのではないかと思っていますけれども、西島先生、いかがでしょうか。

○西島参考人 大変難しい問題でございます。ただ、一時精神科医がブームになったことがございまして、百名の卒業生の中で十名が精神科の医局に入るといようなことが一時的に起きたことがございます。最近、また少なくなったように感じますけれども、ですから、決して精神科になろうという数が少ないというわけではなからうというふうには思っております。

ただ、ほかの科の医師との関係で申し上げますと、やはり精神科の医師に対しての、精神科の医師というよりは精神科に対する偏見というのがあって、そのあたりで病院内の連携もなかなかできない、そして、ある意味では精神科医師が一般医師とのかかわりが少ないという部分もあるのかというふうに思います。そういうところから、医師の資質というものが精神科医にも問われているのかなというふうに思っております。

先ほど先生がおっしゃいました、合う、合わないの問題は、その人の人間性にかかなり大きく寄与するのかなというふうに思いますので、今そのお話を申し上げたわけでございます。

そして、地域の中で医師と出合って、その地域の中で済む、これは本当にそのとおりでございます。そうするようにならなければいけないのか考えなきゃいけないと思うんですが、やはり地域の身近なところになかなか行けない、これは、先ほどから何回も申し上げております偏見の問題なんです。この偏見がなかなか直らない。きょうも御意見の中で申し上げたマスコミ報道のあり方、それから理解の問題。

例えばうつ病とか老人痴呆にかかわっていきますと、実はそういう患者さんたちは非常に身近な

ものになってこられます。この精神保健福祉法の審議も、ずっとお聞きしております。精神分業の患者さんを中心にした対策をどうするかというふうな話になっておりますので、そうなりますと、なかなかこの偏見というのは縮まらないのかなという気がいたしております。今後、精神科病院がもっと幅広くいろいろな患者さんが診られるような精神保健福祉法にしていただけように、この定義の問題もぜひ御検討いただければというふうに思います。

以上でございます。

○中川(智)委員 ありがとうございます。

続きまして、小林参考人に伺いたいですけれども、この審議の中でも精神科院内のスキヤンダルの問題が種々取り上げられました。小林参考人は、精神科院内のスキヤンダルの原因、日本で起きるスキヤンダルの原因ということに対してどのような御見解、御意見をもちか、お伺いしたいと思います。

○小林参考人 患者の権利擁護者という立場で、気楽な立場なんですけれども、言わせていただきますと、一言では言えませんが、一番はスタッフの質だと思います。

看護婦さんになるにしろお医者さんになるにしろ、まず人権教育というものが全くされていないわけですね。人権意識というのは生まれながらにして持っているわけではなく、それは教育のおかげです。教育をする機関というものが看護学校においてもないということがわかっておりまして、このごろ少し看護学校から講義をしてくれという呼びかけがあります。それから、精神科のお医者さんの場合には、指定医の講習の中で多分倫理とか人権という時間が設けられているとは思いますが、やはりそういうものがないわけですね。それと、あとは患者さんたちを取り巻く偏見です。一対一の市民であれば当然尊重すべき礼儀とかマナーがあると思えますけれども、例えば、長いこと家族にも友人にも見捨てられて病院にいる人はだれも助けはくれないし、外へも情報が見

えないわけですから、この人は、私たちが何をしても行くところがないんだというふうな患者さんたちに対する意識がスキヤンダルを引き起こすこととはあると思います。

その中で一番の問題は、そうはいいながらもスタッフのトレーニングが問題だと思えます。余りにも経験がなくて、いきなり精神科に来たとか、はかどく場所がないから精神科に来たという看護婦さんたちもおります。そういう方が、確かに暴れたりすることはあるわけですが、確かに経験がないし知識もないから、暴れたことに対して過剰に反応して患者さんにけがをさせたり殺しちゃったというふうな事件が、例えば、おとしです。高知県の山本病院で起きております。

ですから、そういう病院で働く人たちのトレーニングと経験を積ませるようなしつかりとしたプログラムというものをぜひつくっていただきたい。そして、人権教育というものの、人権教育と医療というものは決して相反するものではなくて、相乗効果を持つものだと思いますので、ぜひそのようなスタッフの質の確保というもののトレーニングを国を挙げてやっていただきたいと思っています。

○中川(智)委員 ありがとうございます。

続きまして新保参考人にお伺いしたいんですが、居住施策のことを先ほど意見陳述のところでおっしゃいました。私も午前中の質疑の中で、福祉摩擦といいますか、何か施設をつくるときに反対運動が起きましたら地域住民と当事者が対決せざるを得ない、こういうふうな当事者に任せておいて厚生省なり行政は外から見ていただけというのではいけないのではないかと、地域の中にも生きていくのならば、しっかりとそれに介入しようとしてスムーズに地域の中に施設がつくられるような手だてではないものか、みんな力を寄せ合っている手だてではないものかということ質問いたしました。

これに対して、これまでの参考人の経験、先ほどビデオを撮られたとかいろいろおっしゃい

たけれども、そういうふうなほかのところの実態ですとか、そして、行政がやはりうまくこれにかなでいて、福祉摩擦のようなことが起きないようにはするにはどうすればいいかという御意見を賜ればありがたいと思います。

○新保参考人 施設摩擦、コンフリクトというふうな言い方をいたしますが、施設摩擦の問題の根には偏見とか差別というものが当然のようにあるわけですね。そして、この偏見や差別を解消していくためには、その前提になる誤解、大體誤解が差別とかというものを生じさせてまいりますので、誤解を解くことが最も重要だというふうに思います。

その誤解を解く大きな手だては、基本的には、精神病という病気が治るということを市民理解として得られるとすれば、これが一番です。すなわち、精神疾患に対する治療の方法をできるだけ向上させていただきたい。

次は、病気が仮に十分に治らないとしても、他の慢性疾患と同様に、例えば難病等と同様に、病気を抱えながらもみずからの生活を十分に営んでいけるような体制をつくらなきゃいけない、こういうことになると思うんです。

この体制をつくっていくためには、現在、精神障害者が他障害と対比しましてなお誤解や偏見のまなざしがきついているのは、施策の中で市町村の施策になり得ていない、すなわち身近な施策になり得ていないということがあります。したがって、市町村職員でさえも精神障害者はおれたちの管轄ではないというぐらいたの言うわけですね。精神障害者に対する対応のマニュアルを持っていないということも言えます。ということ

は、精神保健福祉センターが全国に設置されて、市町村も社会復帰施設等と連携を図るようになっていふうに法文で述べられておりますが、このことが実態化しないというところであります。したがって、このことを実態化させていくためには、市町村の条例を改正する程度でもかなり大きく変わるんじゃないかというふうに私は思っています。

す。たまたま昨日、茨城のひたちなかというところで通所授産施設が開設いたしました。この施設に四分の一設置者負担という、その施設をつくるのに設置者が負担する金額がございまして、これをひたちなか市と東海村が負担したんですね。これは、実は他障害の場合は当該の市町村、地方自治体が負担するような条例ができていふうです。ところが、精神の場合は大體のところはありませんが、あれは私たちの仕事じゃないんだ、県の仕事だということ。障害者基本法ができて以降もそういった条例改正がなされておられません。

これがもし市町村で、障害者や老人等でもあれなんです。福祉施設に対してそういった補助を他障害や老人と同じように行いますという条例改正さえ行われれば、市町村の担当者は、ああ、そうなのかな、精神障害者も病者じゃなくて障害者だったんだという認識が簡単に変わっていくと思えます。そういう条例があれば、地域の方々の話を進めるといふか、理解を求めていくのにも求めやすい一つのバックボーンになります。したがって、市町村窓口で精神障害者を移行する今般の法改正は大変重要だというふうに思っております。

なお、コンフリクトの問題というのはいくつもの要因が働いておられます。さまざまな要因が働いておられますが、基本的には、そういったところを解消しながら、そして、行政当事者がまさに地域で動けるようなシステムづくり、いわば法制度の整備づくりを進めていくのとあわせて理解を求めていくしかないんじゃないかと思っております。

日精協さん、日本精神病院協会さんが、昨年、コンフリクトに対してというか、精神障害者に対する意識に関して全国およそ八百幾つかの報道機関にアンケート調査をいたしました。その結果の数値からいいますと、報道機関の方々は、建前論では精神障害者の施設ができるときには反対だと言わないはずなのに、十数%の人たちが反対だ

と述べている数値がございます。まさに、我が国の国民の意識はそれ以上に反対だという意識であることの実証でございます。

それこれも、先ほど申し上げましたように、精神障害者を隔離してきた法制度の中で起きるいわば反対というか精神障害者に対するわからなさというか、精神障害者ってどんな人か見えないという、形までも隔離してしまっていることが大きな要因だというふうに思いますので、ぜひとも地域で物事が進めていけるような施策づくりに御協力を願いたいというふうに思います。

○中川(智)委員 時間が来ました。児玉委員のようにならぬに質問を全部出しておけばよかったなと思います。失敬しました。

○木村委員長 武山百合子さん。

○武山委員 自由党の武山百合子でございます。きょうは、参考人の皆様、お忙しい中おいでいただきましてありがとうございます。

早速質問に入りたいと思います。北海道からお見えになってくださいました伊藤参考人にお伺いしたいと思っております。

まず最初に、伊藤参考人が、日本は精神障害者の医療、保健、福祉は貧しい水準にあるとおっしゃられたわけですが、私も事実は本当にそのとおりだと思います。先ほどのお話で、時間的になかったわけですが、ぜひその状態を話してください。

○伊藤参考人 短い時間で述べるのは非常に難しい問題なんです。私が配付いたしました資料の三、三枚つづりのものですが、見ていただければと思います。

ことに、その三の下の表を見ていただければわかりますように、平均在院日数が非常に長いということでもあります。

日本の場合は四百九十二・一、これは年度がちょっとずれて正確なデータではありませんけれども、アメリカの十二・七日、イギリスの二百十六・七日、ドイツの三十五日というのに比べて非常に長い期間患者さんが入院しているということがあります。

これは、必ずしも患者さんにとっては好ましいことではない。いわゆる社会的な入院が多いということですので、病院の数だけでなく、患者さんが地域で生活するための支援が十分なされていないということの証拠になるのだらうと思います。

次の資料の三の二にもそのことが書いてありますが、いわゆる社会的入院と言われる方がどのくらいいるのかというデータは、データのとり方によつてまちまちですが、一番多いところで五六・九%、条件を整えば社会で生活できるという数が出ております。一番少ないところでは三三・〇%。あるいは、厚生科学研究班の統計では九万床、二五%が退院可能だろうという数字が出ています。

このデータのとり方によつて少し差が出てきますが、私の経験からも、やはり二〇から三〇%は、貧しい精神保健福祉施策が少しでも改善されれば退院できる時代が来るのじゃないかなというふうに思っております。

それから、実際に私たちが医療をやっております、本当にいい医療を提供できているのかどうか、日ごろ疑問に思っているかと。

医療法の特例で、四十八人の入院患者さんを一人の医師が診察することは、確かに慢性期の、長い、十年も入院している方であれば看護婦さんにかんがりの部分をお任せできるのですが、だんだん急性期の患者さんを救急あたりで診ていかなければなりません。患者さんに十分に説明と同意、あるいは入院についての計画をきちっと説明する、あるいは人権についての告知をきちっと行

いながら医療をする、そういうことを考えますと、今の医療法の特例の中では貧しい医療しか提供できませんと言わざるを得ない。そういうようなことを含めて貧しいという言葉。

もちろん、これは医療だけに限ってお話ししましたけれども、先ほどから出ておりますように、患者さんを地域で支える施策自体も貧しいということ、これは相乗的にこういう状況を招いているということだと思います。

○武山委員 このたびの大幅な改正によつて、その第一歩かと思っておりますけれども、お話を聞いてみると、日本の医療体制というのは本当に胸の痛くなるような実情だと私は思うのですよね。

それで、今回の法改正におきましてどのくらいのパーセンテージで、伊藤さんが病院経営をされてきた今までの自分の経験から見まして、法改正はどのくらい進歩したと思えますか。

○伊藤参考人 これは非常に難しい。長い間の歴史を見ますと、私どもの意識自体は変わったことは事実です。

私は昭和四十六年から精神病院に勤めておりますけれども、私自身の意識は、当時と今とは随分違います。当時は、私に任せておけという気持ちで医療をやっていました。ですから、一人でケースワーカーの仕事もやりましたし、それから、人権という意識は昔はありませんでした。病気が悪いんだからおれに任せておけという形で、医療をどんどんパターンリスティックといま

しょうか、親みたいな感じでやってきました。ですから、患者さんの方から見れば、子供扱いにされているという形で医療を受けているのだろ

うと思えますけれども、何度か精神保健福祉法が改正していく中で、やはり患者さんも一人の主張を持った方たちだというふうに、その主張を少しでも生かす形での医療を展開しなければならぬという意識が私自身でも随分変わってきたということがあります。

これは、やはり精神保健福祉法という法律の改正があったということもあります。もちろん、国

民の医療を受ける権利意識というのが変わってきた、そういう背景も当然あるわけですが、私は、少しずつ進んできている、もっと進んでほしいというふうに評価はしております。

○武山委員 何%なんて言ったら非常にお答えにくいかなと思いますので、それ以上は追及しませんけれども、次に移りたいと思います。今後ともぜひ頑張っていたきたいと思っております。

情報公開ですけれども、精神病院の透明性を高めるという意味で、情報公開は大事なことだと思うのです。精神病院だけではなく、医療に対する情報公開は、日本の医療全般に言えると思えますけれども、ところで、先生の病院は情報公開を行っておりますか。

○伊藤参考人 情報公開にもいろいろな方法があると思いますが、私どもの病院では、まず、十年前から病院の年報というのをつくって、病院の職員、入院している患者さんの数、あるいは回転率。それから最近では、その年報には、電気けい

れん療法、これは患者さんが非常に嫌がるというものです。当然、できたらそういう治療はしてほしくない治療ですけれども、一部にせざるを得ない場合があります。年間何名そういう治療をしたか。それから、最近二、三年は、患者さんに対する投薬という行為がありますけれども、入院患者さんに薬を渡すときに、看護婦さんが間違っ

て、誤投薬と言うわけですが、どのぐらいの件数、間違つて患者さんに渡してしまつたことがあるかというデータも年報の方には載せて公開しております。それが一つのやり方だと思います。

それからもう一つは、病院の中にできるだけ多くの方に入っていたきたいということ、ボランティアの方に、閉鎖病棟の患者さんあるいは開放病棟の患者さんにも、卓球を一定の時間おつき合ひしていただく。これは市民といいますが、住民の方が週に一遍来て卓球をやっていたらいい、あるいは喫茶店の経営を一緒にやっていく、病院の中の喫茶店ですけれども、ということ、できるだけ多くの方が病院に入っていたらいい

うこと。

それから、昨年は、これは初めての試みですけれども、五人の方に一泊ずつ入院をしていただきました。閉鎖病棟も含めて。これは地元の新聞記者、福祉関係の方、家族会の方、それから道庁の職員の方も含めて、とにかく病院の中身を知っていただきたいということで一泊体験入院をしていただきました。

これは、非常に私も勇気のある、勇気というか心配しながらの企画だったのですけれども、非常に好評でした。病院を誤解していたというふうな言っていた方もおりました。そういう意味で、やはりまだまだやれることはあるんじゃないか、情報公開、病院の透明性を高めるということでは。

そういうことであります。

○武山委員 どうもありがとうございます。

その情報公開の中の一つで、診療録の開示ということがありますけれども、これは家族の方に詳しく説明も、開示もされているのでしょうか。

○伊藤参考人 私の病院では、残念ですが、まだそこまで踏み切っておりません。これは、医者の教育も一つしなければならぬのですが、自分の行為がすべて患者さんに公開されてしるべきである、そういう前提で診療を進めるといって、まだ習慣といえましょうか、患者さんとの関係といえましょうか、それがまだまだできていないということです。

確かに、精神科の特殊性で、一般科とは少し異なった例外規定は設けなければならぬとは思いますが、基本的には、一般診療科でやれることはカルテの開示も含めて精神科でも進めるのが原則だと思っております。どこまでやれるかはもう少し時間はかかるとは思いますが、将来、そういう時代は来るのではないかと、ううううに思っております。

○武山委員 家族の方がお見えになりましたら、説明は十分していただけるのですか。見せられない

いとしめても、説明は十分していただけるのでしょうか、診療録の内容。

○伊藤参考人 診療録そのものについて患者さんの方からどんな内容になっているか聞かれたことはありませんけれども、できるだけ家族の方には実際に診療に即した情報をお伝えするように努力しております。

それから、最近、亡くなった患者さんの家族が、診療録の開示をしてほしいという方も出てきました。それについては、もし可能であれば、できるだけそのまゝお見せするように努力したいと思つて、今検討中ではありますが、実は、カルテがそういうふうになっていまして、というのは、ほかの患者さんの情報が入っているのです、カルテの中に。ほかの患者さんというトラブルが入院中にあつたとか。

それを公開すると、別な患者さんのプライバシーの問題がどこかで起こってくるということもありまして、ちょっと頭が痛いのですけれども、公開されるべきだという前提でカルテをつくっていくということができてくれば、かなりの部分でできるようになるのではないかと考えておりますけれども、実際にはまだちょっと自信がない段階であります。

○武山委員 先生の病院は、先生のほかに何人いらっしゃるのか。それから、あと何年ぐらい意識が変わつて、実際に公開の青写真、予測で結構です。で、医師会の西島参考人に聞いた方がいいのかわかりませんけれども、お二人に同時の質問をしたかと思ひます。

○伊藤参考人 公開がどういうふうに進むか、カルテの開示も、これは、医者はもちろん努力しなければならぬのですが、医療を受ける当事者の方のそういう要求が強いのかどうによつても随分スピードが変わってくると思うですね。

それで、私は、まだそれはスピードは上がらないのではないかと、十年ぐらいはかかるのではないかな、そのぐらい少しじっくり構えざるを得ないのではないかと、ううううに思っております。

ほかの科よりはよくある可能性の方が強いのではないのでしょうか。それでよろしいでしょうか。

○西島参考人 診療録の開示に関しては、精神といふのは非常に難しい場面がございますけれども、少なくとも、私どもは、カルテを患者さんと一緒に見ながら診療を進めていっております。それはなぜかといふと、それが信頼関係だろつと、ううううに私は思っておりますので、あなたの情報はこういう形でカルテに書かれていようという中で、お薬も含めて説明をし、家族にも説明をしております。そういう意味では、カルテの開示というのは十分にやっているつもりでございます。

ただ、昨今言われておりますカルテの開示の法制化に関しては、ある意味では信頼関係を損なう面もあるところで、臨床の立場から、診療録、カルテの開示をぜひ進めたいといふところで、先日、日本医師会としましてもガイドラインをつくりまして、今、周知徹底させるため、全国医師会に対して研修と申しますが、それも含めてやり始めているところでございます。来年からそれを本格的にスタートしようと思っております。

ただ、この中で問題なのは、医師会員以外はどうするかというふうな言われておりますが、もしこの対応がうまくいけば、当然これがほかの医師にも波及していくだろうというふうに思いますし、そのときに法制化をどうしていけばいいのかわかりませんが、私には考えられないのではないかと、ううううに思っております。

以上でございます。

○武山委員 医師会の方から来られている西島参考人にもう一度お伺いしたいのですけれども、公的病院と私的病院がありますね。その中で、先ほど北海道の伊藤参考人がおっしゃられたような部分開示、それは、全体を〇〇とした場合、どのくらい部分開示されているのでしょうか。

○西島参考人 開示というの、情報には非常に幅が広がりますから、どこの部分で考えるの

かということですが、少なくとも医師が書く診療録に関しては、ほとんど患者さんの横で診療録を書いておきますので、患者さんはそれを見ながら精神療法等を実は受けているわけでございます。

そういう意味では、一〇〇%とは申しませんが、九〇%近くは患者さんに対しては開示されているのではないかなというふうに思っております。精神療法のやり方というのは、結構カルテを書きながらその横で患者さんと話をしているというのが現状でございます。

○武山委員 私は、皆さんの話を聞いておまして、余り開示されていないのではなからうかと、結構開示されている。

そうしますと、カルテの方は今のお話でわかりましたけれども、施設の方の開示はどのくらい進んでおりますでしょうか。医師会の西島さん、お答えいただきたいと思ひます。

○西島参考人 施設の情報の開示というの、これも幅が広がりますが、どこまでということもあろうかと思ひます。

先ほど、国公立の病院に関しましては、結構年報をつくつていらつしやいますね。これは、きちんとした事務方がいらつしやまして、そういう年報をつくらなければならぬようになっていかなと私は思っているのです。民間病院がなかなかそこまで対応できないというふうに思っております。

ただ、これは、今、日本医療機能評価機構というところが日本全国の精神病院も含めて評価をしておりまして、その中に日本精神病院協会も入っております。その中で議論のあるところでございますけれども、例えば治療の、精神科の場合は治療とは言わないわけでございますけれども、どれだけの治療成績を上げられているのか、そういうことも含めて評価をしていかなければ本来の評価にならないのではないかと、ううううに議論が最近始まっております。

本日は、これにて散会いたします。
午後四時十九分散会

私も当然そう思いますので、今後、そういう方向も含めて開示というのは必要かなというふうに思います。が、どれだけ開示をしているかと言われますと、そのデータは持っておりません。

○武山委員 最後の質問になりますけれども、西島参考人にちょっと締めていただきたいのです。

そうしますと、あとのくらしいちましたら情報公開というものが医師の間に意識として根づいて、それで患者にきちっと自信を持ってある程度知らせられるというのが、先ほど伊藤参考人から十年ぐらいいとお聞きしましたけれども、医師会の方ではどのくらいの青写真を描いておりますでしょうか。

○西島参考人 期間的なことを言われますと非常に難しゅうございますが、これは、これから先の医師に対する教育の問題もあろうかというふうに思います。カルテの書き方等も含めまして。そういう教育を大学も含めましてどういう形でやるのかというところから進めなければいけないと思うのです。

私自身は十年は長過ぎると思います。このスピード化の中で、人権が言われている中で、やはりもう少し短縮した形の中で早急にこの対応はしていかなければいけないというふうに思っております。

○武山委員 どうもありがとうございました。私たちは国政で頑張りますので、皆さんもぜひ頑張ってくださいと思います。

どうもありがとうございます。

○木村委員長 これにて参考人に対する質疑は終了いたしました。

この際、一言ごあいさつを申し上げます。

参考人の皆様方におかれましては、貴重な御意見を述べいただきまして、まことにありがとうございます。大変熱心な議論ゆえ、予定時刻を二十分もオーバーをしてしまいました。委員会を代表いたしまして厚く御礼を申し上げます。(拍手)

次回は、公報をもってお知らせすることとし、

平成十一年六月八日印刷

平成十一年六月九日発行

衆議院事務局

印刷者 大蔵省印刷局