

ネットワーク・ニュース NO.55

2020年11月4日発行

発行 心神喪失者等医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク

連絡先 板橋区板橋 2-44-10-203 ヴェンクール板橋 北部労法センター気付

Fax：03-3961-0212

郵便振替口座 00120-6-561043 加入者名 予防拘禁法を許すな！ネットワーク

Nov. 2020

目次

7月全国集会報告	1P
神出病院患者虐待事件 高見元博（精神障害当事者）	9P
京都府立洛南病院医療観察法病棟新設の阻止に向けた取り組み 桐原尚之（全国「精神病」者集団）	11P
刑罰制度の大改悪・保護観察の拡大・少年法改悪阻止 （刑法改悪阻止！保安処分粉碎！ 全都労働者実行委員会）	13P
福島県に医療観察法病棟新設計画（情報提供：有我譲慶（大阪精神医療人権センター）	
コロナ東京都条例改悪・特別措置条例（都民ファースト）制定反対 （戦争・治安・改憲 NO! 総行動実行委員会）	17P
イベント案内・事務局より	19P
長期入院国賠訴訟記事（信濃毎日）	20P

7. 11 医療観察法を廃止しよう！

全国集会（zoom 参加あり）が開催されました

医療観察法集会報告（佐々木信夫弁護士のメモを元に）

2020年7月11日 西早稲田キリスト教会館 14時から16時まで ZOOM シンポ
主催：心神喪失者等医療観察法をなくす会 / 国立武蔵病院（精神）強制・隔離入院
施設問題を考える会 / 認定NPO法人大阪精神医療人権センター / 心神喪失
者等医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク

（東京会場の参加者42名、ZOOM参加40ヶ所、兵庫4名、京都8名。合計約90名。そのうち、大阪精神医療人権センターおよび大精連関係は、15人。）

司会 長谷川幸枝さん

挨拶 関口明彦さん（心神喪失者等医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク代表）

1. 基調報告 池原毅和弁護士 「施行 15 年目の医療観察法」

施行から 15 年目。ここ数年間で、動きはドラスティックには変わっていない。

入院は強制で嚴重。犯罪白書 2005 年から 2018 年まで見ると年 300 件くらい審判がある。そのうち 260 件くらい入院決定。入院率は増えている。15%以上増加。付添人がちゃんとやっていないのだろう。裁判所が施設収容に傾斜している。保安処分化の傾向だ。小平の精神医療研究センター病院の外部委員からの資料による。急性期、回復期、社会復帰期とある。急性期が本当にそうなのだろうか？ 3 か月の鑑定入院が先行しており、審判段階ではもう落ち着いていると思われる。90 日でクリアできている人は少ない。180 日を超えている。急性期でもそうだ。

回復期がどれくらいか？ ガイドラインでは 270 日とある。60%位しかクリアしていない。

社会復帰期については 180 日で卒業が 38%。360 日を超える人が 40%以上いる。出口で滞留しているということだ。急性期から社会復帰期。ガイドラインでは 18 カ月とあるが、54 カ月以上が 20%以上いる。入院期間 1000 日超えると退院のめどがつかない。相当長期化している。全国平均が 31 カ月で退院とある。

長期入院の傾向顕著になっている。1000 日を超える患者は滞留している。ある意味、医療観察法の安定化した、固定化した姿がみえる。武蔵病院は特に優秀でも悪くもない。標準に近い。

精神障害の人の刑法犯はどう変化しているか？ 数よりも比率が大切だ。1980 年から 2005 年まではほぼずっと刑法犯に含む精神障害者犯罪の比率は 0.6%だった。これは有名な数字だ。2016 年では 1.8%その後 1.5%で推移している。全体の犯罪件数は減っている。全体数が減ったので比率は増えているのだろうか？ セレクティブサンクションという言葉がある。つまり例えば、黒人を集中的に捕まえるから犯罪比率は高い。このように選択的に摘発するという議論だ。コロナで夜の街の従業員だけ感染を調べれば比率は高くなるかもしれない。比率の変化は警察などが精神障害者だけ集中して摘発している可能性がある。検挙人員、(刑法犯)をみると、全体が減っている。刑事政策そのものが特定の再犯比率高そうなグループを選んでいるということかもしれない。

入院決定への傾斜が見られる。4分の3が入院となる。5年とか7年とか入院している人がいる。10年超えもいるかもしれない。拘束している場合もある。武蔵でも増えている。クロザピンや電気けいれん療法も多用している。国連は生物医学主義を回避するよう警告しているが、日本では反対に医療化が進んでいる。最後の手段としてのクロザピンということを行っている。自殺者の資料もあるが医療観察法病とでは有意に高い。年間5～6人いるらしい。入院期間は長い。一般精神医療でも医療観察法化している。捻転（捻転）医療福祉の常態化と私は名付けているが、これは「再犯は本人のためにならない。本質は保安なのに本人のためですよ。」という転倒した説明と立場のことを言う。医療関係者も法律家もそのような稚拙な説明に納得してしまう。

2. 桐原尚之（京都ユーザーネットワーク） 「京都府立洛南病院建替工事に伴う医療観察法病棟新設の阻止に向けて」

私の住民票は京都にあります。府立洛南病院は公立病院で、老朽化して、狭い。2017年から改築工事の話があり、そこに2019年から医観法病棟の話が入ってきた。それで反対の動きを始めた。2017年施設整備計画。221床を予定している。2018年に建て替え工事基本設計が出た。実地調査を委託して行ったものだ。2019年医観法意見交換会が始まる。開催の3日前から急遽人を募るという強引なものだ。依頼内容もあいまいだ。大杉弁護士もメンバーに入っている。1回の会議で終わろうとした。まったく簡単な会議だ。反対して強く要請してやっと2回目を開催した。反対意見は全く反映されない。内容的には病棟推進と地域移行が併記されていて矛盾している。

議事録はないといわれた。担当者変わったらどうなるか？を問うた。当事者委員やヒアリングはない。

国際条約ではヒアリングは必須のはずだ。行政側は、家族は当事者だと言っていた。住民説明会を開くとも言っている。不誠実な態度なので集中ロビーしたところ、説明会のスケジュールは示せないといわれた。医観法病のことは検討中にすぎないなどと弁明している。住民説明会は当初は参加可能と言っていたのに、スケジュールを教えないというようになったのだ。コロナを理由に参加などを限定し始め、ますます隠蔽的になった。聞くところでは来年度着工らしい。今阻止すべきだ。他府県に入院することが、本人のためにならないと言っていたが、現実では他府県からどんどん他府県の病棟に入ってくる。説明と実態は違っている。院内感染の危険を強調して闘えないかどうか？ みなさんの関心を期待します。

3. 医療観察法の元対象者の発言

元対象者の方 こんにちは。今回は、プログラムやその帰結、感想や希望をお伝えします。留置所に入るまでは症状の真っ只中で、ある種の薬が出た後、他害して強制入院を繰り返していた。やってしまったことは、とんでもないことだとは理解できたのですが、自分に何が起きたのだというのが正直なところでした。警察や親族から反省ないといわれた。凶悪犯扱いだった。起訴前の鑑定であなたに必要なのは治療だと言われた。「自分は凶悪犯ではなかったんだ」と、それで安心して治療を受けたのを覚えている。拘置所を出た後に、措置入院になった。検察から精神鑑定を受けて、「これは人権的な入院じゃない」と言われて、1カ月半保護室だった。審判では「私は閉鎖空間だとストレスがかかって良くない」と一所懸命主張したのですが、「今までは鑑定の為に圧迫をかけた。これからは治療だ」と言われて、付添人は何も言ってくれなかった。

主治医は鑑定入院の診断は当てにならないから診断をやり直した。窓は10cmしか開かない。ほとんどの人は部屋で静かに寝ていた。1日1時間くらいのプログラムだけだ。退屈だった。急性期終わりにCPA会議があった。私の診断名は診断名変わった。回復期には身上管理のための2時間のプログラムがあった。内省プログラムがあった。セルフモニタリングシステムというものだ。スタッフから疑われるチェックするとすぐ問題視される。毎回脱走しないという誓約するというものだ。

入院者で罪悪感を持っていない人はいなかった。やったことをおそろしいと思った。

ただスタッフの評価を得ることを考えた。それは自己責任化する作業だった。外泊練習はずっとスタッフがついているもので自由などない。

今まで、入院処遇と通院処遇ののべ3,700人のうち65人が自殺で亡くなったと言われている。60人に一人が自殺に追い込まれる医療観察法とはなんなのか。最近、親しい人で好きな人が自死しました。彼（彼女）はしきりに死にたいと言っていた。

彼（彼女）のケア会議がコロナでずっと延期になっていた。試験外泊するときに「死ぬからいいや。」とメールがあった。警察から私に連絡があった。彼（彼女は）社会復帰調査官の言うとおりにするしかなかった。すまない。と言っていた。社会的制裁だと言っていた。

我々は、「税金で食っている」とか言われる。内省プログラムなどそうだ。異質な存在という烙印だ。私は今も事実上引きこもっている。世の中全てうらやましく思え

た。私は死にたくても怖いからできない。私は今、繋がってくれている人を思い、一人ではないと思いを希望に生きている。

希望と感想だが、「対象者とは何か？」がわからない。鑑定では治っているといわれる。しかし社会復帰期といっても延々と外出もできない。入院中ほとんどの人が罰だと思っていた。プログラムの内容は実生活に役に立っていない。内容すらみんな覚えていない。

「じゃあどうすればいいんだ?」。本音ではみんな関わりたくないのだろう。結局、修復は難しい。私が強く思うのは、監視ではなく、自分や関係者に強みを持たせてほしいということ。そういうアプローチが欲しい。専門家は一方的だ。目線が違うのだ。

入院者の4割強が県外の人だった。入院と通院と同じ病院だったが、担当スタッフの移動も教えてくれなかった。何が社会復帰なのか? わからない。私たちから見た社会復帰をこそ考えてほしい。(以上 音声が悪く聞き取れなかったところが多く申し訳ない。)

司会 ぜひ医療などのスタッフに聞かせたい話だ。

4. 精神科伊藤哲寛さん 「北海道における医療観察法病棟～その後の動向～」

私は去年も話させてもらった。その後の北海道の動きは把握していない。札幌の施設長になる人のパワポがあるので、紹介する。報道にはなぜ刑事施設の隣に立てるのかも疑問がない。よかった、という報道だ。

四国にも病棟を作るべきだという意見があるが、厚労省は作らないと言っている。京都が最後になると思う。おそらく。

北海道から毎年15名くらい本州の病棟に送られている。資料の赤い線は北海道に戻ってくる人だ。北海道に病棟が必要な理由としていたものだ。

しかし、グラフを見ると病棟がないところの方が入院にならず通院で頑張っているところが多い。病院がない地域が困っていると言われるが、グラフの見方が逆ではなかろうか。2022年運営開始予定だ。賀古医師が責任者の予定だ。

<資料の説明。>

司法精神医学の研究に病棟を利用しようとしているのか? 私は一般精神医療にこのようなものを持ち込んでほしくない。患者が再犯の研究を望むのだろうか? 強制下

の研究に意味などあるのだろうか？ 歪んだ精神医療のスピリットを醸成してしまうのではないか？

北大精神医学の伝統は、今も薬物研究盛んだ。過去はロボトミーが多かった。東北、北大、岡山にそれが多かった。弟子たちがずっと電気経連療法を使っていた。身体的侵襲に抵抗のない体質だ。

刑務所の隣にあることでの差別がある。保安施設としての位置付けが明確になる。一回建ってしまうと、増築が簡単だ。肥大化、荒廃のおそれがある。

刑務所医療はもともと貧しい。もっと医師が入って充実させればいいが、なり手が少ない。地方の医観法病棟の医師確保は難しい。始めは頑張るが、保安的要素が強い収容所は、職員は必ず施設化する。自分の仕事をこなすだけの、医療のない職場になる。

5. 高見元博（ひょうせいれん） 「神出病院事件と神戸市との交渉の報告」

神出病院の基本。資料 1. 朝日新聞記事の説明。

今回の事件は加害者の一人がたまたま他のわいせつ事件で捕まって発覚したものだ。宇都宮病院事件でさえなかなか事件化されなかった。悪徳病院は解体すべきだ。委員長が安倍首相の友人だ。神出病院には神戸市からもたびたび指導が入っていた。センターの訪問を拒否していたとのことだ。マスメディア取材も拒否されているそう。

我々は質問状出したが、審査会は、「申し出がなかった。」といい、行政は「指導に従わない場合に初めて動くことになっている。」とエクスキューズする。転院させるよう要請中だ。行政は病院側としか話していない。アンケートをしているふりをしている。これだけのことをして病院が罰せられないことの社会観念は以上だ。病院当局に加害者自身が試しに匿名で通報したが動かなかったので、悪事を続けたという。彼らには執行猶予が付く。監禁では執行猶予付いた。

審査会も法律の建付けで動いている。虐待防止法にも精神障害は入っていない。議会では、年に1度3時間多岐にわたって聞くと言っている。これを6時間に増やすと言っている。

資料 4 抜き打ち検査はしないのか？「可能性はあるが必要性はない」と言っている。要するにやらないと言うことだ。

認知症でも幻覚あれば入院の可能性があると知っている。

総合病院に精神医療は限定すべきだ。時には入院したい人もいるので、入院自体は反対しないが、強制入院はやめるべきだ。私としても立場の違いは尊重したい。

「私たち抜きに私たちのことを決めるな。」ということにはこだわりたい。

審査会に再質問しているところだ。全体会で応えるそう。全国審査会協議会にも質問するつもりだ。

神出のことはバリバラでも放送された。大フォーラムでも展開したい。国会議員にアクセスする。虐待法に精神関連を認めさせるべきだ。人間であることを認めさせるのだ。私は連携してやっている。

6. 有我譲慶（大阪精神医療人権センター）「新型コロナ、精神病院で感染拡大 人権状況も危機的」

私は看護師です最近訪問看護やっている。新型コロナウイルス感染流行の中、精神科入院者はかつてない危機にさらされている。

1つは精神病院における新型コロナ院内感染の爆発的拡大の危機

2つ目は面会も外出も制限され、閉鎖性密室性が極限状態にあること

精神病院でのコロナ感染の危機。密室性、閉鎖性。2月韓国の感染爆発の発端の一つは大邱市の精神科病棟で感染。100人の患者のうち9割が感染して10人が亡くなった。精神科病棟、障害者施設、高齢者施設など典型的密集施設が高リスク群で危険だ。

日本では、2000年くらいから強制入院が増え46%に増加した。欧州では10%が強制入院。病床数は日本が4倍。結局、他の国の15倍強制入院が多いということだ。憲法違反ではないか？ 長期入院が多い。7割以上が閉鎖病棟である。

以下 精神病院のコロナ感染の状況表を説明。

精神科は防護も足りない状況だった。どんどん感染者増えた。看護師も風評被害を受けた。最初に院内感染が起きた仁恵病院は長期入院者の退院促進も頑張っている病院だった。

武蔵野中央病院は慢性期型病院だ。二つの慢性期病棟の約半数の人が感染し、職員も含め61名の大規模クラスターとなった。他の病院に転院させたが、その後の転帰は不明。

コロナ禍から、多くの精神科病院面会、外出などを制限したままで、常態化している。

人権センターの電話相談は続けている。面会での個別相談、訪問活動が難しくなっているが、制限状況の調査や、リモート面会なども検討している。

先月、イタリア憲法の医療における自由を守る活動をしているトリエステの当事者と ZOOM 会議での対話の機会があった。トリエステもダメージを受けた。地域精神保健活動が閉ざされ、葉しかなかった。人のつながりが打撃を受けた。世の中全員も引きこもったので、逆に、障害者と一般の人の状況が近づいた感もあった。頻繁に声を掛け合うようになり、仲間との繋がりの大切さが実感されたという。

日本でのコロナ感染の報告した。精神病院入院者では 100 人近くが感染。市中感染の 2.3 倍だ。イタリアでは、精神病院はないが、高齢者施設で多くの人が亡くなった。人は街で住むのではなく、閉じ込めることが問題なのだ。ロンバルディア州では大きな病院を作ろうとしたことが北部の爆発的感染を招いたのではないかと、ともいわれている。

日本の精神病院では典型的な三蜜で、自分の意思では逃げられない。この構造が問題だ。病床があることでますます入院者が作られるという構造になっている。欧州でも日本だけではない。「精神病床の吸引力」といわれている問題がある。強制入院は人口比で欧州の 1.5 倍、隔離・身体拘束乱用と長期入院という、日本の精神病院収容主義、不要不急の精神科入院自体が問題ではないだろうか。

以上

※元対象者の発言はレジメ化が準備されています。他の集会資料も含めて追って公開の準備がされています。



神戸市の精神科病院で病院ぐるみで患者虐待

兵庫県精神障害者連絡会・高見元博

兵庫県では今年に入ってから4件の精神科病院と障害者施設での虐待事件が明らかになっています。

3月には神戸市西部にある精神科病院の神出病院での看護師らによる患者虐待が明らかになりました。虐待は20年以上前から行なわれていたと言います。昨年末には警察が把握し、加害者らが逮捕され新聞が報道したのは今年3月に入ってからでした。今回の事件は加害者がたまたま別件の強制わいせつ容疑で逮捕されて、スマホに虐待の様子が録画されていたから事件になりました。

「男性患者同士にキスをさせた」「無理やり性器をなめさせた」「重さ106キロの檻付きのベッドを逆さまにして患者を閉じ込めた」「トイレで裸にしてホースで水をかけた」という非人間的行為の数々が行われました。加害者は看護助手や看護師6人。20代から40代。勤続歴は3～6年。容疑は「準強制わいせつ」「暴力行為処罰法違反」などです。被害者は事件化されたのは患者3人です。加害者のスマホにはもっと多くの虐待動画がありました。警察は事件化しませんでした。

病院ぐるみの犯罪

神出病院は元々悪徳病院として知られていました。神戸市からもたびたび改善指導が入り、医療保護入院でも不相当と指導されたことが多かったそうです。ひょうせいれんは事件が報道された直後に、神戸市保健課と神戸市精神医療審査会に動いて欲しいと求めました。神戸市保健課長は「事件後、調査に入り指導をして、その指導に従わない時は処分する」という返答であり、神戸市精神医療審査会は「患者からの通報が無かったから」と動きませんでした。これだけの事件が発生し病院ぐるみの犯罪であったことが裁判を通して明らかになっているにもかかわらず、病院が処罰を受けることはないのです。その根本的な理由は、「精神障害者は社会にとって危険な存在であり、野放しにしてはならず、精神科病院に閉じ込めておかねばならない。人権など適用対象外だ」という差別的な観念が神戸市保健課にも、それを許す社会にも根強く存在しているからではないでしょうか。

裁判では加害者は「患者の反応が面白かった」「芸人のようで面白かった」「悪ふざけに参加したかった」などと言っていました。捜査段階では「看護師長らが率先してひどいことをしていたので、そういう人が出世するところなのだと思った」と供述し

ていました。判決では加害者3人は執行猶予が付いて放免され、2人に懲役2年が下され、1人が他の事件と合わせて懲役4年でした。判決を受けて報道は「事件は氷山の一角」と報じました。

ひょうせいれんには匿名の精神障害者家族から友人の目撃として「認知症の入院者が頭にコブを作り、体にタバコの火を押しつけられた跡や内出血があった。50代の患者が暴行を受けた直後に死亡した。暴れたら『お仕置き部屋』というところに入れられていた」という情報が寄せられました。実態究明が求められます。

法の不備が問題

神戸市精神医療審査会も神戸市保健課も怠慢すぎます。しかし精神保健福祉法に違反しているのではありません。虐待を行った病院をただちに罰せられない現行法制がだめなのです。障害者虐待防止法における虐待発見者の行政への通報義務などが、医療機関や学校などに適用されないことも問題です。

神戸市健康局保健所は8/17に業務改善命令を出し、神出病院は9/25にホームページで対策を発表しました。内容は、「警備員の配置、夜間巡回、監視カメラ、研修会」などです。神戸市保健課長は「病院は虐待の事実を知らなかった善意の第三者」という立場を取っていたのであり、改善命令も対策も何ら本質にかかわる内容ではありませんでした。その中でも、神戸市は7月に虐待防止法の通報義務を病院などにも課する法改正をするように国に求めています。

神戸市の『専門分科会』

大きく流れが変わったと思えるのは9/10の神戸市市民福祉調査委員会の精神保健福祉専門分科会です。この中で専門家委員は「国はこの病院を潰せ」「解体的出直しが必要」「病院の認識は甘い。対策は何の意味もない」「病院の風土が問題だ」「医療をしているとは全く言えない状況だ」「指定医資格を剥奪すべきだ」などと厳しい意見を述べました。『専門家』に頼りきるのではなく、この流れを進める大衆運動が必要です。

10/5には大フォーラム実行委員会がこの問題などで厚労省交渉を行いました。厚労省は神戸市に丸投げして「指導権限は神戸市にある。神戸市はちゃんとやっている」という無責任な立場に終始しました。調査・指導権限は国にもあると追及されて認めはしたものの、その後は沈黙していました。交渉参加者一同がこんな病院は潰さないといけないという思いとともに厚労省に対する怒りを新たにしました。

私たちは9/10、10/5を引き継ぎ、神出病院解体！精神科病院解体！を闘っていきたいと思います。

京都府立洛南病院建替工事に伴う医療観察法病棟 新設の阻止に向けた取り組み

桐原尚之（全国「精神病」者集団）

2003年に強行採決により成立した医療観察法は、施行されて約15年が経過し、各都道府県に入院医療機関・入院処遇用の病床の整備が進められています。京都府では、京都府立洛南病院の立替工事が検討されるなか、並行して2018年に「医療観察制度運用に関する今後のあり方意見交換会議」が開催されました。2019年1月に公表された「医療観察制度運用に関する今後のあり方意見交換会議とりまとめ」には、京都府立洛南病院の中に医療観察法病棟を新設することが妥当であると記されました。それに基づいて2019年度中に基本設計が作成され、医療観察法病棟新設が具体化されました。さらに、2020年度には医療観察法病棟新設の具体的な設計図を含んだ実施設計作成の予算が確保され、住民説明会を開催するなど、着々と調整が進められています。

しかし、一連のプロセスには重大な問題があります。障害者権利条約及び障害者基本計画では、政策決定過程への障害当事者参画がうたわれているにもかかわらず、精神障害当事者が構成員におらず、また当事者へのヒアリングもおこなわれませんでした。また、提言には「府内の指定入院医療機関の整備が必要」「洛南病院に整備するのが妥当」とあるのですが、他方で「指定入院医療機関の整備よりも、地域での支援体制の更なる充実を優先させるべき」と併記されており、内容が矛盾しています。この内容に従って進めることはできないのではないかと思います。しかも、当該意見交換会議は議事録がないため、事後的に文脈を確認する術もありません。

保健医療計画や障害者計画には、医療観察法病棟の整備を計画している旨がはっきりと明示的に記されていません。

2020年6月28日、私たちは「医療観察制度における入院処遇の実際と課題——対象者の経験から考える」を開催しました。会場は、新型コロナウイルス感染拡大防止の一環として定員20名の制限があるなか、20名の参加者を得て無事、成功裏に終えることができました。集会では、医療観察法元入院処遇対象者から貴重な話を聞くことができました。医療観察法病棟の新設は、京都府下の対象者が住み慣れた地域で入院できた方がよいのだとして生じたものですが、実際には他府県の対象者を受け入れることになることがわかり、逆に京都府民が他府県の病棟に入院することになることが元対象者の話しからわかりました。

京都府担当者は、当事者の話しは家族会から聞いているが住民説明会で当事者の意見を聴取するなど発言していましたが、7月になって新型コロナウイルス感染拡大防止のため参加者を住民に限ると言い直してきました。わたしたちは、7月20日に東宇治コミュニティセンターにおいて開催された第1回京都府立洛南病院立替工事の住民説明会に参加しました。京都府側は、医療課から松本参事、洛南病院から山下院長、吉岡副院長、豊福事務部長、須堯庶務課長が出席しました。会場には、全参加者8人中、住民らしき人が1人いるだけで、残りはわたしたちの仲間でした。とても、住民の参加を得られていると言える状況ではなく、住民に説明会の案内を周知徹底していないことがわかりました。当日の進行も不自然なものでした。住民以外の質問・発言は一切を受け付けられないというもので、質問がないことを理由に司会者が早急に説明会を打ち切ろうとする場面がありました。

すると、会場から住民以外の府民にも発言の機会が確保されて然るべきではないか、とする意見がでました。事務部長が発言を遮ろうとしたため、一時は騒然となりました。住民説明会は、住民に理解を得るためにおこなわれるものですが、肝心の住民がいないのであれば正当性に疑義が生じることになります。

京都では、京都ユーザーネットワーク、京都精神保健福祉推進家族会連合会、京都精神神経科診療所協会、京都精神保健福祉士協会、京都精神保健福祉施設協議会の5者で活動を続けてきました。現在、5者で医療観察法病棟新設の検討プロセスに精神障害者を参画させて意見を聴取すべきとの趣旨の意見をとりまとめました。

また、7月27日と9月2日に京都府との交渉を持ちました。交渉のポイントは、①検討過程の当事者不在、②政策事実の不在、③意見交換会議の読み方の3点でした。交渉団からは、「障害者基本法第10条第2項に『国及び地方公共団体は、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を講ずるに当たっては、障害者その他の関係者の意見を聴き、その意見を尊重するよう努めなければならない。』とあるが、地方公共団体である京都府が障害者の意見を聴くことを求めているのではないか」「意見交換会議の再開をするか、もしくは事後でも構わないのでヒアリングをおこないウェブ上で公開してほしい」「政策目標としては、地元の対象者に府内で処遇することが望ましいとして洛南病院への医療観察法病棟建設が提案された。しかし、洛南病院に医療観察法病棟ができたとしても、全員他府県の対象者が入院して府民は他府県の病棟に入院する場合も考えられる。政策目標に対する政策効果が不確定であり、政策効果が得られない場合もあるのではないか。政策目標に対して政策効果がない場合が想定されるのなら、府民の納得は

得られないのではないか」などの意見が出されました。京都府は、歯切れの悪い回答を繰り返し替えていました。

京都府立洛南病院施設整備・実施計画の図面では、院内の清潔不潔の区域・動線がわけられておらず、新型コロナウイルスをはじめとする院内感染に脆弱な設計です。最後まで頑張りたいと思っています。

刑罰制度の大改悪・保護観察の拡大・少年法改悪阻止

(刑法改悪阻止！保安処分粉碎！ 全都労働者実行委員会)

2017年2月、公選法の選挙権年齢・民法の「成年」年齢の18歳への引き下げを受け、《少年法における少年年齢引き下げの是非》について法務大臣から「諮問103号」が出された。

この「諮問」を受けて始まった法制審少年法・刑事法部会は、「少年年齢引き下げ」の可否の議論は後回しにしつつ113年ぶりの刑罰制度の大改悪と保護観察制度の拡大・強化を抱き合わせて審議を始めた。少年法自体は「少年」=20歳未満の非行や犯罪を行った者の更生・社会復帰（政府のいうところの再犯防止）に有効に機能している…というのが審議の中でも共有されるなか、少年でなくなる18~19歳に対して少年法に代わる「若年者に対する新たな処遇」などというものを創ろうと議論が続けられてきた。少年年齢引き下げについては、しかし、与党を含め大きな反対の声が上がり、昨年12月、法務省は起訴猶予者を対象とする検察主導の案を棚上げし「全件家裁送致」など現行の少年法の制度に近づけた「別案」を提起。ハイペースで審議を開催し答申をまとめようと画策していたが、コロナ感染拡大で審議はストップ…。

こうしたなか、法務省は法制審による18~19歳を「少年」でなくするという前提の3年間の議論を無視して与党に根回しを続けていたのだ。7月、与党は18~19歳を「少年」として全件家裁送致した上で検察への「逆送の対象犯罪」を「故意の犯罪行為によって被害者を死亡させた場合」から「短期1年」の犯罪にまで拡大するとし、重大な罪を犯した者の起訴後の実名報道を容認するという方針を打ち出した。

法制審少年法・刑事法部会は、この与党の「方針」をまるごと最終案として提起。少年年齢引き下げ問題について「国会の審議に委ねる」とし、9月9日、「答申案」をまとめ審議を終了した。「18~19歳を少年でなくする」という3年間の議論の前提を

最後はひっくり返して審議抜きで取りまとめたのである。「法制審」の制度を自ら否定する行為である。

10月26日夕、月島区民館で刑法全都実主催の討論集会『113年ぶりの刑法全面「改正」とはなにか？— 法制審少年法・刑事法部会「答申案」批判 —』を開催。丸山泰弘さん（立正大法学部准教授、刑事政策）、山下幸夫さん（弁護士、法制審部会幹事）、足立昌勝さん（関東学院大名誉教授、刑法）から、それぞれ《自由刑の単一化》、《保護観察強化》、《少年厳罰化》について答申案をして頂き質疑応答を行った。

《自由刑の単一化》については、「単一化」の話は出てきた際、よもや世界の流れに逆行し禁固刑を廃止して懲役刑に「単一化」するなどという議論が始まるとは思わなかった。監獄法改正に伴う「処遇の原則」、「主体性」、刑の個別化などの積み残された問題をまともな考察もないまま決着させようということである。「刑法に書かれておらず被収容者処遇法のみで規定されている「指導」を実質的に刑罰のように強制することは憲法違反である」との批判を居直るものである。

《保護観察強化》について、現行では保護観察付の執行猶予期間中の再犯した場合は必ず実刑となる。今回、そうした場合にも再度の執行猶予判決を可能にしようという案が盛り込まれており、一見良いことのように見えるが、保護観察付の執行猶予判決を裁判官が初犯でも出し易いようにするという。ボランティアである保護司のなり手がいないなど、実現可能なか疑問はあるが、現在よりも保護観察を広く活用し監視機能を強化しようというもので重罰化に結びつく可能性がある。

《少年厳罰化》について、18～19歳の年長少年をこれまで同様「全件家裁送致」で家裁が調査・審判を行い、①保護観察（6カ月）、②保護観察（2年）+遵守事項違反での処遇施設収容、③処遇施設送致の新たな処分を行うというもの。また、年長少年に限って原則検察送致（逆送）の対象事件を「短期1年以上」の罪に当たる事件に拡大するというもので明らかな厳罰化である。なお、答申案には①～③の処分について遵守事項や処遇施設収容についての規定はない。

法務省は、10月29日に臨時的法制審総会を開催し「答申」を決した。

刑罰制度の改悪、保護観察制度の拡大・強化、少年法改悪を目論む刑事法「改正」法案提出を阻止すべく全力で取り組もう！（刑法全都実 SY）



【福島県に医療観察法病棟新設計画】

情報提供：有我譲慶（大阪精神医療人権センター）

福島県の県立矢吹病院に医療観察法病棟6床の新設が計画されています。公立病院の福島こころの医療センターとしての建て替えに、医療観察法病棟新設が計画されています。病院建て替えに合わせた医療観察法病棟の新設計画は、京都の府立洛南病院と同様である。

2020年4月1日現在、医療観察法病床整備の現状：833床〔うち国関係：487床、都道府県関係346床〕 整備中と厚生労働省は、北海道・福島県・京都府を計画。

【「こころの医療センター」22年12月開院へ 矢吹に新設病院建設】

2020年9月17日 福島民友

県が県立矢吹病院を建て替える形で矢吹町に新設する病院「こころの医療センター」（仮称）は2022年12月に開院する見通しとなった。16日、現地で起工式が行われた。

当初、病棟は21年度、外来・管理棟は24年度の完成を予定していたが、建物の配置や工程を見直し、全体的な開院時期を前倒しする。現在の病院はセンター工事中も運営する。

センターには、子どもの発達障害や不登校など適応障害の治療に当たる児童思春期病床を20床新設し、全国的に増加している子どもの精神疾患への医療提供体制を強化する。心神喪失や心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った人の治療を通じて社会復帰の促進につなげる医療観察法病床も新たに6床設ける。

建物は地上4階、地下1階建てで延べ床面積は約1万3760平方メートル。病床数は矢吹病院より2床多い計148床。全室の個室化で療養環境の向上を図る。総事業費は約82億円。

内堀雅雄知事や阿部正文県病院事業管理者らがくわ入れし、工事の安全を祈った。内堀知事は「患者の皆さんが安心して受診できる院内環境を整備していく」とあいさつした。

【福島県立矢吹病院 橋高 一 院長あいさつ】2019年5月

この4月に新しく院長に就任いたしました。前院長先生のご意志を受け継ぎ、皆様のご期待にこたえられるような病院作りを目指していきたく思っております。

当院は、福島県唯一の公立精神科単科病院です。昭和30年の開設以来、60年以上にわたり県南地域を中心に精神医療を担ってきました。

この間、激動の“昭和”が終わり、一見平和であった“平成”も幕を閉じましたが、ネット社会の蔓延や児童虐待、若年者の自殺増加、過労死、中高年者のひきこもり、超高

齢化など新たな社会問題が生まれ、また二度にわたる大震災の経験などから、精神医療に求められる課題は複雑、多様化してきています。このような社会変化に伴うニーズに合わせ、当院では、“先進的な精神科医療の提供”を基本的役割とし、次の3つを課題にあげ、取り組みを進めているところです。

(1) 震災ストレスへの対応（PTSD など子どものこころのケア、児童思春期病棟の開設、災害派遣精神医療チームなど）

(2) 地域生活支援の強化（訪問支援・アウトリーチ、認知症疾患医療センター機能、認知症初期集中支援チームなど）

(3) 精神科救急の強化（救急・急性期医療の充実、医療観察病棟の開設など）

また、施設老朽化に伴い、全面建て替えが決定しました。「福島県こころの医療センター（仮称）」と名称も新たにし、3年後の新病院開院を目標に準備を進めています。旧態の精神病院の暗いイメージを払拭し、明るく、快適な治療環境を提供できることを大変うれしく思っております。

これらの取り組みは、ひとえに地域の皆様のご理解とご協力があったことでございます。県立病院であるため県全体を見据えた役割もありますが、まずは地域に根ざした精神医療の実現を目指していきたいと思っております。

新しい時代、“令和”が始まりました。当院も皆様に愛され、皆様と共にある新しい病院作りを考えていますので、今後ともご指導をよろしくお願いいたします。

指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

①国立病院機構 花巻病院(岩手県)	33床
②国立病院機構 下総精神医療センター(千葉県)	33床
③国立精神・神経医療研究センター病院(東京都)	66床
④国立病院機構 久里浜医療センター(神奈川県)	50床
⑤国立病院機構 さいがた医療センター(新潟県)	33床
⑥国立病院機構 北陸病院(富山県)	33床
⑦国立病院機構 小諸高原病院(長野県)	17床
⑧国立病院機構 東尾張病院(愛知県)	33床
⑨国立病院機構 榊原病院(三重県)	17床
⑩国立病院機構 やまと精神医療センター(奈良県)	33床
⑪国立病院機構 鳥取医療センター(鳥取県)	17床
⑫国立病院機構 賀茂精神医療センター(広島県)	33床
⑬国立病院機構 肥前精神医療センター(佐賀県)	33床
⑭国立病院機構 菊池病院(熊本県)	23床
⑮国立病院機構 琉球病院(沖縄県)	33床

2. 都道府県関係

①山形県立こころの医療センター	17床
②茨城県立こころの医療センター	17床
③栃木県立岡本台病院	18床
④群馬県立精神医療センター	16床
⑤埼玉県立精神医療センター	33床
⑥東京都立松沢病院	33床
⑦神奈川県立精神医療センター	33床
⑧山梨県立北病院	5床
⑨長野県立こころの医療センター駒ヶ根	6床
⑩静岡県立こころの医療センター	12床
⑪愛知県精神医療センター	17床
⑫滋賀県立精神医療センター	23床
⑬大阪精神医療センター	33床
⑭岡山県精神科医療センター	33床
⑮山口県立こころの医療センター	8床
⑯長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床
⑰鹿児島県立始良病院	17床
⑱島根県立こころの医療センター	8床

(病床数は予備病床を含む)

参加団体報告 戦争！治安！改憲 NO！総行動

小池都知事による東京都コロナ条例改悪に抗議！ 都民ファーストの「罰則付き特別措置条例」提案をストップさせよう！

安倍政権が新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条第1項の規定に基づき「緊急事態宣言」を発令した4月7日、それに便乗するかのように、小池都知事は議会の審議を経ることなく、専決処分という形で「東京都新型コロナウイルス感染症対策条例」を制定させた。十分な審議を尽くさずに拙速に制定された条例は、7月30日に第1回の改正がされ、今回10月に第2回目の改正となっている。

今回の都条例改悪は、その内容の問題点もさることながら、ほぼ同時期にマスコミ報道された「都民ファースト」による「罰則付き特別措置条例案」提案の動きとねじれながらも同期した流れとなっており、きわめて危ない動きとしてある。私たちは、コロナ関連条例のこの2つの連動した動きに反対し、9月30日（水）と10月6日（火）の昼時間帯に、「小池都知事による東京都コロナ条例改悪に抗議する！都民ファーストの『罰則付き特別措置条例』提案をストップさせよう！」とした、都庁前緊急行動を展開した。



10月6日都庁前情宣・リレートーク

両日とも昼休憩時間を挟んだ11時から13時の間、傍聴行動と都庁議会棟前でのピラマキ&リレートークを予定したが、都議会傍聴は「コロナ対策の為」と称して傍聴を禁止したままで入れず。

一方でGoToキャンペーンやイベント制限解除をしながらも、である！

9月議会に提出された東京都新型コロナウイルス感染症対策条例は今までの総務局マターでなく福祉保健局マターとして厚生委員会で審議され、10月5日採決。日本共産党のみ反対。一方で、



背景の建物が都庁議会棟

総務委員会で東京都新型コロナウイルス感染症対策条例の専決処分についての議論がされ、10月6日、日本共産党のみ反対で採決。

東京都小池都知事提案の「東京都新型コロナウイルス感染症対策条例改正案」のポイントは、「必要な検査をうける」「みだりに外出しない」「必要な調査に協力する」「感染の恐れのあるものに検査に協力することを促す」こと、としています。「3密を避ける」という自粛要請を超えて、「都民、事業者の責務（努力義務）」を課すというものです。

さらに都民ファーストが12月定例議会に提案を目論む「東京都新型コロナウイルス感染症対策強化に関する特別措置条例案」は①入院、宿泊療養施設入所、自宅療養の努力義務、②「感染の年代・地域に留意した予防の努力義務、③調査協力義務、④一定の場合に、施設名・催物名等を公表、⑤正当な理由なく検査を拒否するものに罰則、⑥陽性者や事業者が要請に従わず感染を生じさせた場合に罰則を課す【いずれも行政罰（5万円以下の過料）】、というとんでもない代物です。

逼迫するコロナ対策や補償の充実をないがしろにしたまま、「都民」の側に（努力）義務とペナルティを科すことによって乗り切ろうとする「条例改正」を決して許すことはできません。

こうした動きと軌を一にして、1都9県でつくる関東地方知事会議が10月21日開かれ、新型コロナ特措法改悪（事業者への休業要請に伴う経済支援措置、要請に応じない事業者への罰則規定）を国に要望しました（小池都知事からの提案）。こうした動きは、安倍政権を継承・発展させるとして誕生した自民党政権・菅首相が「コロナ禍が終息した後に特措法改悪を」としてきた流れと呼応するものです。

コロナに乗じた国・自治体の権限と管理支配強化、行政の責任と責務を放棄し、民衆への義務と罰則を科そうとする一連の流れにストップをかけていくためにも、全国で初めての東京都「罰則付きコロナ特別措置条例」に反対しましょう！ by AN



イベント案内

☆12月6日(日) 13:30～ としま区民センター 601号室

「医療観察法廃止しよう！」全国集会 (zoom 参加あり)

講師：越智祥太医師 『社会改革と精神医療の改革』(講演内容は予定です。)

資料代：500円

☆ 12月 Zoom 集会参加希望の方へ ☆

ZOOMでの集会参加をご希望の方は、12月3日までに

kansatuhou20@gmail.com宛、下記の事項を記載して申し込んでください。

- ・名前(必須)：
- ・連絡先メールアドレス(必須)：ZOOM集会参加に必要な情報をお知らせします。
- ・電話番号：ZOOM関係の調整用電話番号
- ・所属(あれば)：
- ★ zoom参加に慣れていない方は、当日、30分前くらいからアクセスして接続を確認して戴けます。

☆11月8日(日) 13:30～ 国分寺労政会館第3会議室 (JR国分寺駅南口徒歩5分)

第28回連続学習会 「障害年金を考える」

参加費：300円

お願い：コロナ禍のため、開場は定員の2分の1程度(25人)で行いますので、可能でしたら事前にご連絡ください。 橋本：090-1849-9305

☆事務局より

◎ニュース発行は印刷代のほかに郵送代がかさみます。生活が厳しい方もたくさんいらっしゃると思いますが、可能な方で支援して下さる方は、表紙の郵便口座に振り込みをお願いします。ネットワーク会費は年間一口500円です。カンパもよろしくおねがいします。

◎メールアドレスをお持ちの方は、財政的に運営が厳しい中、ネットワークニュースのメールでの配信にご協力をお願いします。メール配信に切り替えて戴ける方、郵送を止めてもよい方は、nyajira@yf7.so-net.ne.jp 配信担当 宛ご連絡ください。

◎住所変更がありニュースを引き続き購読の方、ニュース不要の方は、ファックス・郵送でご連絡ください。

◎ネットワーク定例会議は東京都内で開いています。参加ご希望の方は上記配信担当までお問い合わせください。

信濃毎日新聞 10月1日記事より

精神科40年間入院国提訴

原告 富士見の男性代表の研究会所属

「退院できず人権侵害」

精神科病院に約40年間入院を余儀なくされ、憲法が定める居住や職業選択の自由、幸福追求権などを侵害されたとして、群馬県の伊藤時男さん(69)が30日、国に3300万円の損害賠償を求めて東京地裁に提訴した。原告側が把握する限り、精神医療の長期入院で国の責任を問う訴訟は初めて。

訴状によると、伊藤さんは精神科病棟を増やし、精神科病院への長期低利融資を可能にして病院設立も促したと、大震災で茨城県内に転院し、翌12年に退院した。その間、病状は落ち着いており退院を強く希望したが受け入れられず、入院の長期化でその意欲を失う「施設症」になったと主張している。

原告側は、1955年ころ精神疾患の薬物治療が可能になり欧米諸国が地域医療への移行を進めたのに、日本政府

見町のソーシャルワーカー東谷幸政さん(66)も「裁判を通じて国民に精神科医療の実態を知ってほしい」と語った。



記者会見する伊藤さん(中央)、東谷さん(左)ら
＝30日午後3時5分、東京・霞が関

「地域移行掲げつつ長期入院放置」

隔離政策の責任問う

30日に提訴した原告らに行の理念が表現していない。9～56日程度(2018年)は、国が長期入院を促す政策一との問題意識がある。

経済協力開発機構(OECD)調べ(2015・8日)と突出して5年に精神保健福祉法が打ち出した精神障害者の「地域移行」による平均入院日数は欧米が患者27万2千人余のうち、1

年以上の人は16万5千人と約6割を占め、20年以上という人も2万2千人(8%余)を数えるのが実情だ。

精神障害者の支援者によると、長期入院によって自炊や規則正しい生活習慣といった生活力が低下し、退院後の暮らしに自信を持てなくなる人が少なくない。加えて、日常生活の訓練支援やグループホームといった地域の受け皿は質、量とも不十分。受け入れに慎重な住民感情も根強い。

「隔離収容政策で偏見を生みだし、その過ちを認めず、入院の長期化を現実的に抑止せず、十分な救済措置もせず、漫然と放置してきた」と、原告側は国の不作為を指摘する。精神障害者が地域で当たり前に暮らせるには何が必要なのか。杏林大の長谷川利夫教授(55)「精神医療」は「長期入院したまままよくなる患者が今もいる。構造的な問題を浮き彫りにする訴訟になるかどうか注目される」と話している。

(藤田 沙織)