

Purpose

医療と福祉と介護の力で、
誰もが「幸せだ」と思える世界を創造する



2026年11月4日
国際医療福祉大学大学院公開講義 乃木坂スクール
国際医療福祉大学東京赤坂キャンパス

精神科病院が 『幸せを創造する場所』に変わる未来 ～精神医療の歴史から考える精神科病院のあり方～



ケアする病院ネットワーク 理事
山梨県精神科病院協会 会長
特定医療法人南山会 理事長
川崎 洋介



精神科病院 には、
どんなイメージ がありますか？

精神科病院の一般的なイメージ

- ・ 暗いところ。
- ・ 普通の人が行くところじゃないところ。
- ・ 怖いイメージがある。
- ・ 閉鎖的なイメージ。
- ・ 気味が悪い。
- ・ 隔離されている。
- ・ キチガイの集まり。（原文表記のまま）
- ・ 暗くて活気がない。
- ・ 社会から隔離するところ。
- ・ 逃げ出さないように鍵がかかる病院。
- ・ 頭のおかしな人が入るところ。
- ・ 町から離れていて近寄りがたいところ。
- ・ 病気をここで治すという感じがわいてこない。
- ・ ある総合病院では地下の階にあったので、怖いというイメージ。
- ・ 大きな声で叫んでいる声を聞いたことがあり、高い壁で覆い隠されているのを見た。



左記のイメージでchat GPTが作成した画像

金城学院大学論集 社会科学編 第9巻第2号 2013年3月

なぜこんなイメージなのか？

精神保健福祉法という法律のもとでおこなう医療

強制入院

隔離拘束

閉鎖病棟

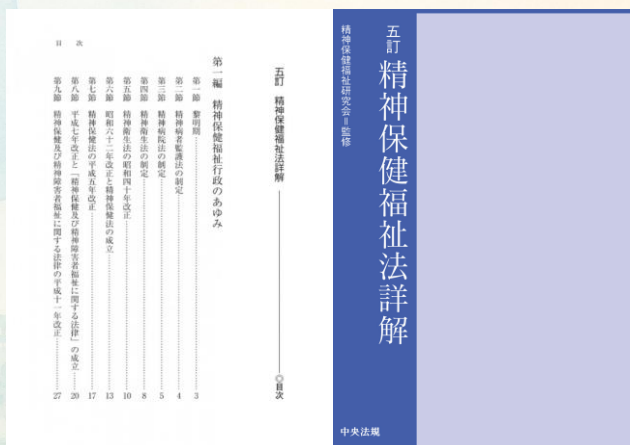
世の中の精神科病院のイメージは



治療 ではなく 治安



なぜ精神保健福祉法ができたのか？ —— 精神科病院の歴史からひも解いてみる



精神科病院の歴史

京都府癲狂院（明治8年）

初めての（公立）精神病院 → 明治15年に経営破綻し閉鎖

癲（てん）：「てんかん」に相当する概念
狂（きょう）：精神病に相当する概念

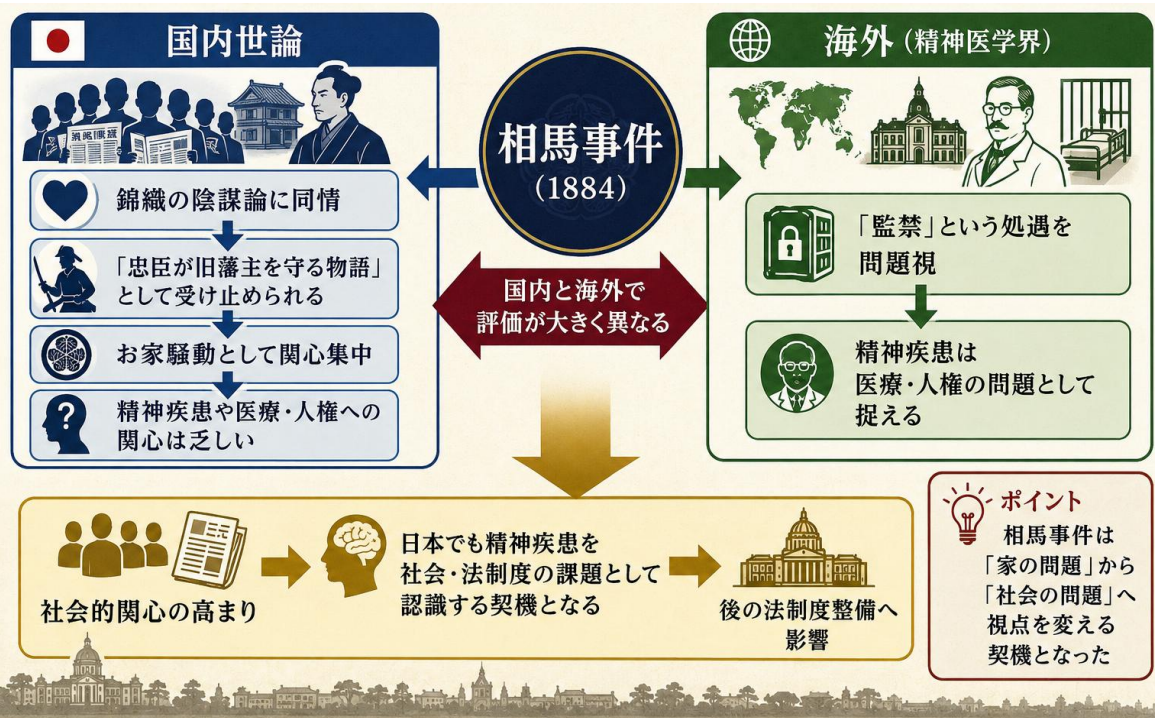
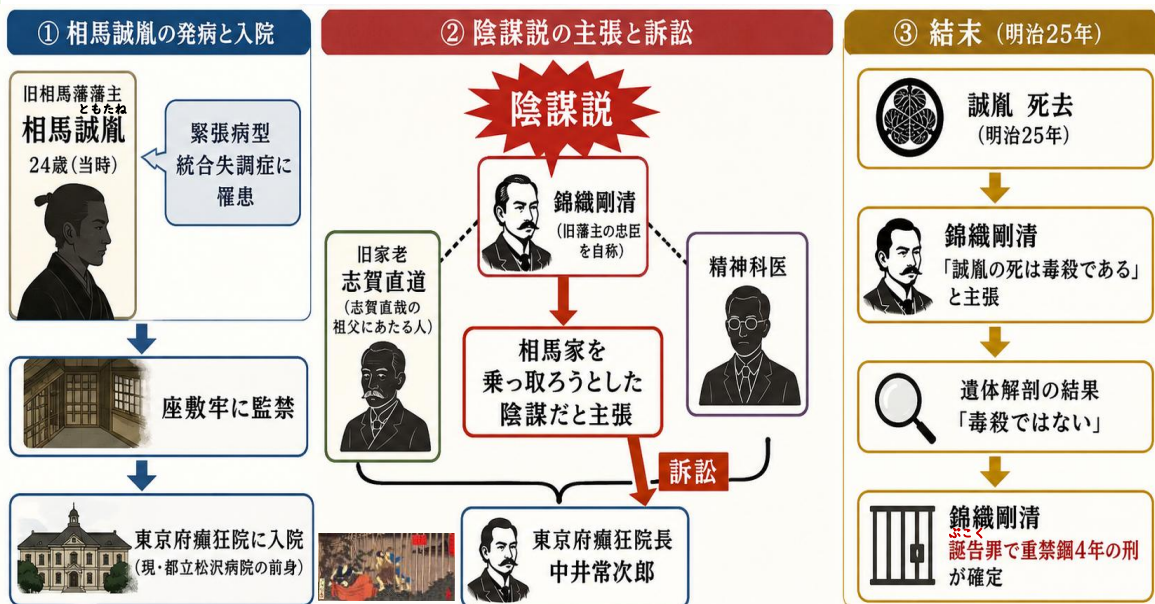
東京府癲狂院（明治12年）

巣鴨病院を経て、都立松沢病院として現在に至る

↳ 「巣鴨」が精神病院の代名詞



相馬事件（明治17年）



精神病者監護法（明治33年）

精神障害者を抱える家庭において、自宅の一室や物置小屋の一角に専用の監置室をつくり、そこに精神障害者を監置することを、家族（監護義務者）の責任のもとで認め、それを内務省（警察）が許可・管理するという、近代国家の医療制度としては諸外国にも類例をみない、極めて異質な制度

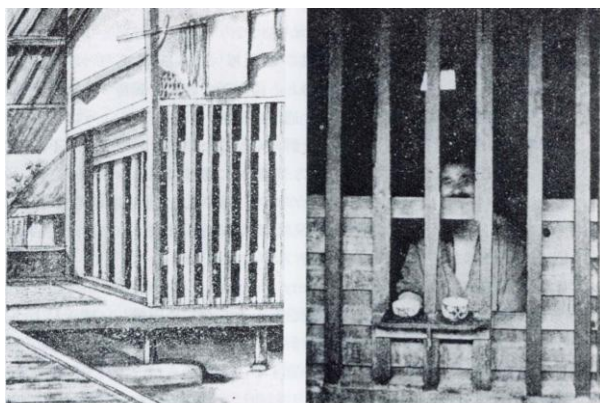


図 VI-1. 座敷牢（私宅監置）（興）

図 VI-2. 座敷牢の中の患者（興）

政府案は
「精神病者監禁法」
という名称を主張



精神病者監護法

監 護

建前は保護、実質は監禁

片山国嘉（東京帝国大学法医学教授）は
「精神病者保護法」
とすべきだと主張



監禁の合法化



呉秀三
（東京帝国大学教授）

我邦十何万ノ精神病者ハ

実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、

此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ

精神病院法（大正8年）

内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じ、
精神障害に対する公共の責任として公的精神病院を設置すること



財政難からほとんど進まず



満州事変から太平洋戦争へと続く | 5年戦争

（公立精神科病院が整うまでの）

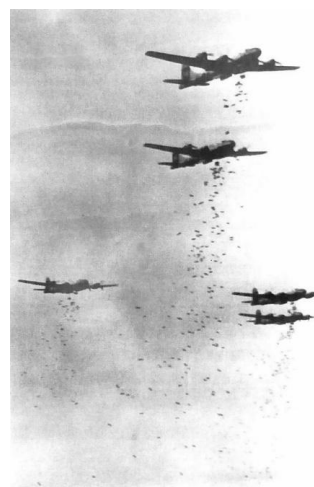
代用精神病院制度

民間精神病院

精神障害者数 7万人 病院入院患者数 1万5千人

人口当たりの病床数 （諸外国の）	公立精神病院	民間精神病院
10分の1	6施設	84施設

昭和6年調査



精神衛生法（昭和25年）

精神病患者監護法・精神病院法を廃止



ライシャワー事件（昭和39年）



昭和39年3月24日東京都赤坂アメリカ大使館前
ライシャワー大使が車を降りたところ、待ち伏せていた
男が刃渡り16センチのナイフでライシャワー大使を刺傷

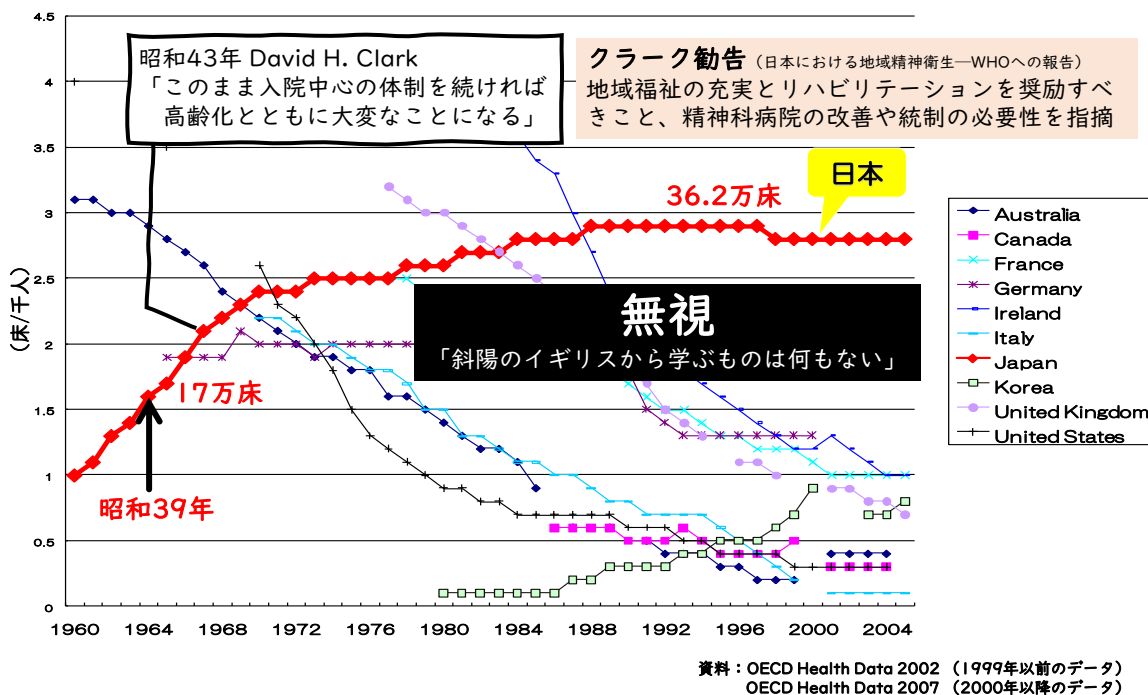
「・・・春になると精神病者とか変質者というのが増えるものだ。毎年毎年同じようなことを繰り返している。今度のライシャワー大使の殺傷事件も春先。精神病者だった。このような危険人物を社会に野放しにしておくというは大変に問題であって、犯人が精神病的であったからといって刑を軽くしたりしてはいけない。」

3月25日朝日新聞天声人語

「精神病者をまず早く発見し、それを隠さず、精神病の相談所に行くなり、医師のところに行くなりしなければいけない。精神病者を収容するベッド数は少なく、日本の病床数に占める精神病の比率は約11%である。これに対してアメリカは約50%、その他の先進国が30%であるのに比べて貧弱なものである」

3月26日朝日新聞社説

精神障害者＝危険な存在として隔離すべき



世界が病院を出るとき、日本は病院に入った…

日本

1964 ライシャワー事件

駐日米大使が精神障害のある少年に刺傷される。報道は「野放し」を糾弾し、収容を求める世論が沸騰した

1965 精神衛生法 改正

通院医療費公費負担、保健所を第一線機関に位置づける一方、緊急措置入院を創設。地域化の芽と収容強化が同居した

1968 クラーク勧告

WHO顧問D.H.クラークが長期入院と社会復帰施策の欠如を指摘したが、勧告は無視された

同じ時期の世界

1963 米国・ケネディ教書

精神病及び精神薄弱に関する大統領教書。地域精神保健センター法へとつながり、脱施設化が始まる

1960s 英国・欧州

大規模精神科病院の縮小と地域ケアへの移行が各国で本格化する

1978 イタリア・180号（バザーリア）法

精神科病院への新規入院を停止。理念として世界に大きな影響を与えた

同じ医学的知見のもとで、正反対の方向へ進んだ…分けたのは科学ではなく、何を恐れたかである

宇都宮病院事件（昭和59年）

昭和59年3月29日栃木県警宇都宮署は宇都宮市にある精神病院・医療法人報徳会「宇都宮病院」の職員等5人を傷害容疑で逮捕した。同病院は同月14日、看護職員等による患者への暴力（リンチ）・不正入院・無資格診療行為その他の疑いで家宅捜査を受けていた。

【事件の背景】

900床近い病床を有していたこの巨大精神病院では、首都圏一帯から引き取り手のない患者を集め、少ない職員の下、患者を恐怖支配によって管理し、安価な労働力として使役。同病院では、反抗する患者を木刀で殴るなどの凄惨な暴行が日常的に行われており、回診の時、院長はゴルフクラブを手に患者の前を歩き、反抗的な患者がいたらそのクラブで殴りつけていたという。そして、昭和59年には看護職員、および看護職員の扱いを受けていた入院患者の暴行による2件の死亡事件が発生。事件発覚までの3年間で、院内死した患者は200人を超えていた。



精神保健法（昭和63年）

精神衛生法改正（改称）

特徴 — 何が変わったか



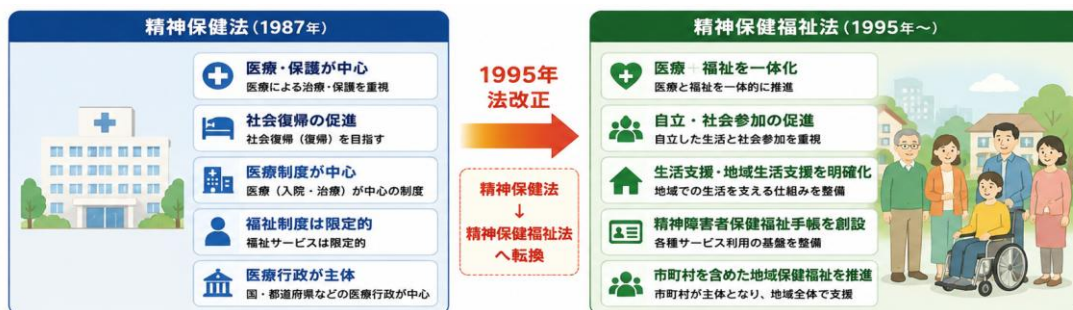
意義 — なぜ重要だったか



- 明治期の精神病患者監護法以来、家族・行政が精神障害者を監禁・収容するという発想が一貫して法制度の核にあり、精神衛生法下でも本人の意思が入院手続きに与える余地はなかった。
- ライシャワー事件（昭和39年）で隔離収容がむしろ強化され、クラーク勧告（昭和43年）を政府自ら黙殺するなど、当事者の権利という視点は長く後景に退いていた。
- 宇都宮病院事件（昭和59年）が国内外に衝撃を与え、国連人権小委員会等からの国際的批判という外圧を受けて、初めて「本人の意思」を法律に組み込む改正が実現した。
- 相馬事件以来100年以上続いた「保護と称した隔離」の系譜に、初めて人権の視点から歯止めをかけた法律として位置づけられる。

精神保健福祉法（平成7年）

精神保健法改正（改称）



精神保健福祉法の制定の意義



入院中心の精神医療から、地域でその人らしく暮らすことを支える精神保健福祉へ
 精神障害者を「治療の対象」だけでなく、「地域で生活する一人の市民」として位置づけた大きな転換

精神保健福祉法を世界はどう見ている？

障害者権利条約（CRPD） 対日審査2022年8月22，23日
勧告2022年9月2日

31.The Committee is concerned about:
(a)Legislation that allows the involuntary commitment to psychiatric hospitals and the involuntary treatment of persons with disabilities, based on their perceived or actual impairments or dangerousness, as legitimated by the Act on Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled;
33.The Committee observes with concern:
(a)The forced treatment, including seclusion, physical and chemical restraints, forced medication, and forced cognitive and electroconvulsive therapies, of persons with disabilities in psychiatric hospitals, and the legislation legitimating such practices, including the Act on Medical Care and Treatment for Persons Who Have Caused Serious Cases Under the Condition of Insanity;
53.The Committee notes with concern:
(b)The segregation of psychiatric care from general medical care, as provided by the Act on Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled, and the lack of sufficient community-based health services and support;



31. 懸念する

(a)精神保健福祉法によって正当化されているとおり、認識された又は実際の障害若しくは危険性を理由に、精神科病院への非自発的入院及び非自発的治療を認めている法制度

33. 懸念をもって注視する

(a) 精神科病院における障害者の隔離、身体・化学拘束、強制投薬、強制的な認知療法、電気けいれん療法など、並びに「心神喪失の状態で大な事件を起こした者の医療と治療に関する法律（医療観察法）」など、そのような行為を正当化する法制度(精神保健福祉法)。

53. 懸念をもって留意する

(b)精神保健福祉法が定めるとおり、精神科医療が一般医療から分離されていること

障害者権利条約（CRPD） 対日審査2022年8月22，23日
勧告2022年9月2日

41. The Committee observes with concern:

(a) Perpetuation of institutionalization of persons with intellectual disabilities, persons with psychosocial disabilities, elderly persons with disabilities, persons with physical disabilities and those who require more intense support, in particular living arrangements outside community, and of children with disabilities, particularly, children with intellectual, psychosocial or sensory disabilities and those who require more intense support, through the Child Welfare Act, in various types of facilities, depriving them family and community life;

(b) Promotion of institutionalization of persons with psychosocial disabilities and persons with dementia in psychiatric hospitals, both public and private, particularly, the continuance of indefinite hospitalisations of persons with psychosocial disabilities in them;

(c) Limited opportunities for persons with disabilities to choose their place of residence and where and with whom to live, including for those, dependent on parents and living in their homes, and those, placed in particular arrangements such as group homes under the Act on the Comprehensive Support for the Daily and Social Life of Persons with Disabilities;

(d) Lack of a national strategy and legal framework for the deinstitutionalization of persons with disabilities residing in residential institutions and psychiatric hospitals, and their independent living in the community on an equal basis with others, including the recognition of their right to autonomy and full social inclusion;

(e) Insufficient support arrangements for persons with disabilities for living independently in the community, including accessible and affordable housing, in-home service, personal assistance and access to services in the community;

(f) Assessment schemes for granting support and services in the community that are based on medical model of disability.

懸念をもって注視する

(b) 精神科病院における心理社会的障害者及び認知症患者の施設収容の促進、特に、精神科病院における心理社会的障害者の無期限入院の継続。

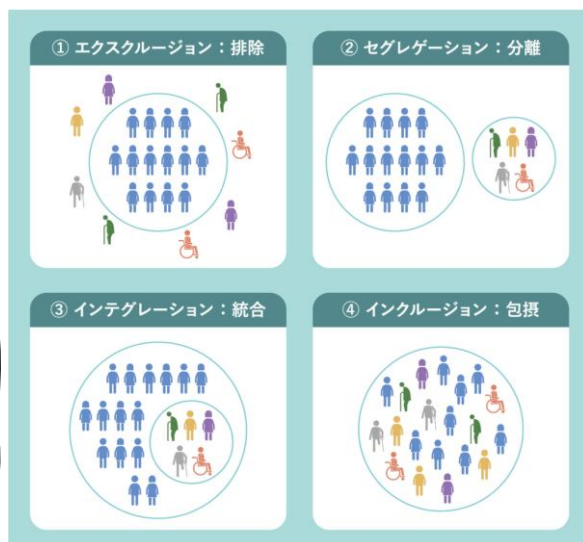
(c) 障害者の日常生活及び社会生活の総合的な支援に関する法律」に基づき、親に扶養され、その家に住んでいる者や、グループホームなどの特定の施設に入所している者など、障害者が居住地や場所、一緒に住む人を選択する機会が制限されていること。

誰もが尊重し合えるインクルージョン社会

障害者権利条約対日審査
における勧告に違和感？

日本の社会モデル
セグレーション
～インテグレーション

国連の社会モデル
インクルージョン



CRPD勧告をどう考えるか

CRPD勧告をク拉克勧告のように無視してはいけない。しかし、障害者にとって、どの社会モデルが「正解」ということではない。理想的にはインクルージョン社会かもしれないが、インテグレーション社会の方が生きやすい障害者もいる。

ダイバーシティ社会において、当事者と共同意思決定（SDM）をおこないながら、当事者の「幸せ」を思う「解」にしていくことが大切。

エクスクルージョンやセグレーションは避け、インクルージョンを目指しつつも、インテグレーション（地域の中に溶け込んだ施設）において「その人らしさ」や「幸せ」を感じられるように取り組むことが納得解（最適解）



歴史から学んだこと

人権を「目的」に置き、法・政策・政治を「手段」とする

否定すべきは法や政策そのものではなく、手段が目的を規定してしまう「順序の転倒」である

過去の精神病院

手段が目的を決めた

- ・ 治安への不安が、収容の範囲を決めた
- ・ 財政の設計が、病床の数を決めた
- ・ 人員配置の特例が、ケアの密度を決めた

未来の精神科病院

目的が手段を選び直す

- ・ その人の人生に必要なことから、支援を設計する
- ・ 人権を守るために、法と制度を使いこなす
- ・ 財源は目的を実現するために調達する

未来の精神科病院を分ける、5つの基軸

01

本人の意思から始める

何が必要かを決めるのは支援者ではない。共同意思決定を、例外ではなく標準にする。

02

強制を減らし続ける

身体拘束と隔離は「やむを得ない手段」で終わらず、減らし続ける対象として数値で管理する。

03

病棟ではなく生活を単位に

退院がゴールではなく、地域での暮らしが続くことを支える訪問と連携を、病院機能の中心に据える。

04

説明責任を外へ開く

第三者評価、入院者訪問支援、情報公開をおこない開かれた場所での人権は守る。

05

職員の尊厳を土台に置く

人権は、それを担う職員の労働環境の上にしか成立しない。ここを守る事が最初の人権施策である。

精神保健福祉法の改定に向けた動き

トリガー：
国連CRPD委員会からの総括所見
(障害を理由とする非自発的入院や強制的治療の合法化廃止勧告)

旧システム (Medical Model)

- ・ 家族等同意による医療保護入院
- ・ 精神科特例による人員配置の格差
- ・ 都道府県管轄の精神医療審査会

パラダイムシフト：
人権モデル (Human Rights Model) への移行

未来への提言 (日本精神神経学会)

1.

責任の明確化
非自発的入院は「国と地方自治体の責任」とし、家族等同意の廃止を検討

2.

一般医療との統合
精神科医療を一般医療から分離せず、障害の有無に関係なく一律に対応する立法の検討

3.

独立した監視機関
精神医療審査会を独立した「第三者機関」とし、パリ原則に基づく国内人権機関を上級機関として設置

制度の矛盾（スティグマ）を解消するには、加算の枠組みを超えた、根底にある法律自体のアップデートが不可欠である。

ある抗議文

CASE RECONSTRUCTION: PHASE 1

嫌疑

照会

諦観

露呈



警察の行動

根拠なき嫌疑と強圧的取り調べ

特段の犯罪行為が認められない状況にもかかわらず、患者を「不審者」として扱い、行っていないことを「行った」と決めつけるような取り調べを実施。



人権への影響

推定無罪の原則の欠如

精神障がいがあるという事実だけで、客観的証拠なしに潜在的な犯罪者（不審者）として扱われる。これは明確な人権軽視の第一歩である。

CASE RECONSTRUCTION: PHASE 2

嫌疑

照会

諦観

露呈



警察の行動

同意なき医療情報の要求

警察署「生活安全課」より、犯罪歴や事実確認がないにもかかわらず「性犯罪の可能性がある」という一方的な推測に基づき、本人の同意なしに病院へ個人情報の照会を行う。

医療倫理への影響

守秘義務と医療の安全への無理解

医療機関にとって個人情報の保護（守秘義務）は治療の根幹である。客観的根拠のない照会は、医療機関に対する理解を決定的に欠いている。

CASE RECONSTRUCTION: PHASE 3

嫌疑

照会

諦観

露呈

「やってもいないことをやったと決めつけられた」
 「不審に思われたのは仕方がないので、これからは気をつけたい」

内面化されるスティグマ

- ・患者は特段問題なく帰宅したものの、不当な扱いへの怒りではなく、「自分が不審に思われるのは仕方がない」という諦めを口にした。
- ・社会からの偏見を自ら内面化（自己スティグマ化）させられ、理不尽な扱いを自らの責任として受け入れさせられてしまう、最も残酷な被害の形。

CASE RECONSTRUCTION: PHASE 4

嫌疑

照会

諦観

露呈



「どうなったのか」
「外に出たのか、それだけを知りたい」

—— 警察署 生活安全課からの事後照会

病院職員の憤り

- この発言から、警察が精神科病院をまるで「隔離施設」のように捉えていることが明確に露呈した。
- 患者が帰宅し、医療的に安定しているか（治療）ではなく、社会から物理的に隔離されているか（治安維持）のみを問う姿勢。

偏見の解剖学：一言に潜む「構造的スティグマ」

潜在的危険人物という前提

患者が外の社会（地域）にいること自体を「リスク（危険）」とみなしている無意識の偏見。

基本的人権（移動の自由）の剥奪

精神障がい者にも当然に保障されている「自由に移動する権利」を軽視し、管理下にあるべき存在とみなしている。

「外に出たのか」

「隔離施設」としての誤認

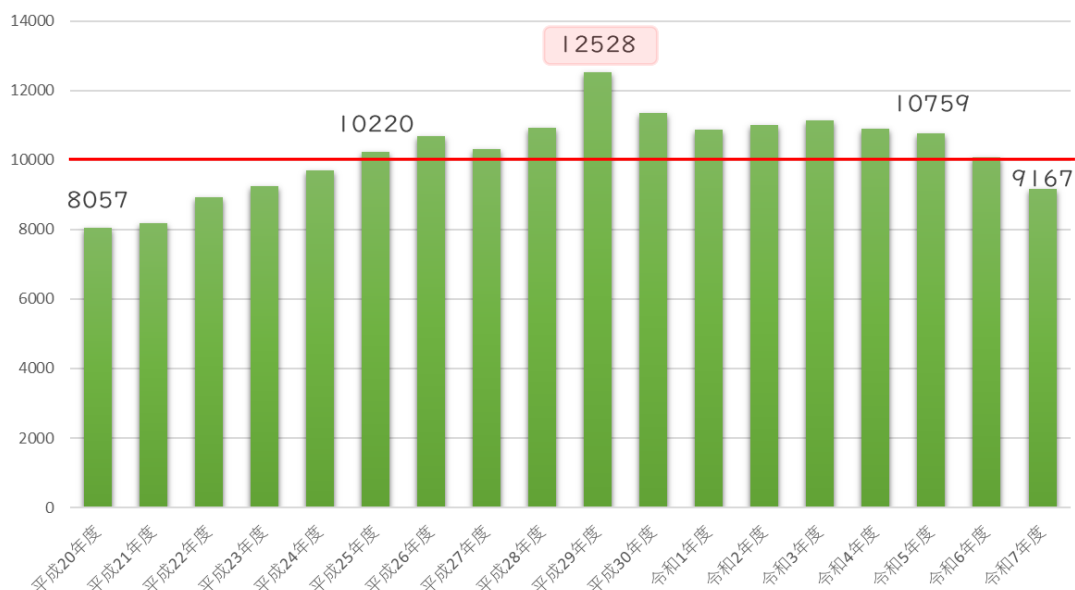
精神科病院を、患者の病状回復を支援する場所ではなく、社会の治安のために不審者を収容する施設だと錯覚している。

認識の断層：精神科病院は何のための場所か

	医療・治療の場 (病院側の本来の認識)	治安・隔離の場 (警察側の誤った認識)
施設の究極の目的	患者の病状回復と、地域社会への復帰（統合）	潜在的リスクの排除と、社会からの物理的分断（隔離）
個人情報の扱い	厳格な守秘義務のもと、患者の安全と信頼を守るために保護される	治安維持のためであれば、本人の同意なく照会・利用できるプロファイリング対象
患者の社会的地位	人権を有し、支援を必要とする一人の市民	常に監視と管理の対象となる「永遠の容疑者」

人を隔離・拘束するということ ～認知症の人の拘束について～

精神科病院における身体的拘束

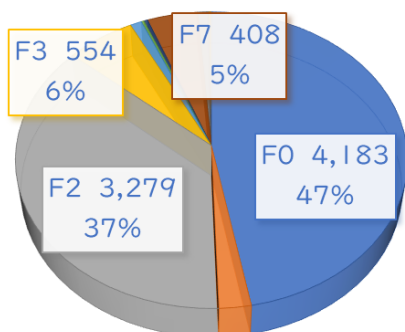


平成20年度～令和7年度精神保健福祉資料（630調査結果）より発表者作成

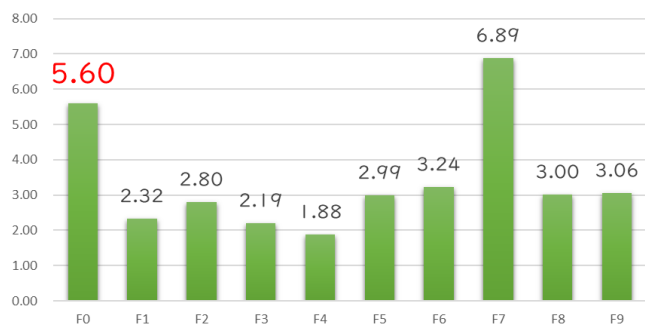
今この瞬間、認知症の4,100人が縛られている！

令和7年度精神保健福祉資料（630調査）では、精神科病院の身体的拘束指示数は9,167件あり、疾患別では認知症（F0）が4,183件（47%）と最も多く、認知症入院者の拘束率は5.60%と精神遅滞（F7）の拘束率に次いで高率となっている。

身体拘束の疾患別割合



疾患別拘束率

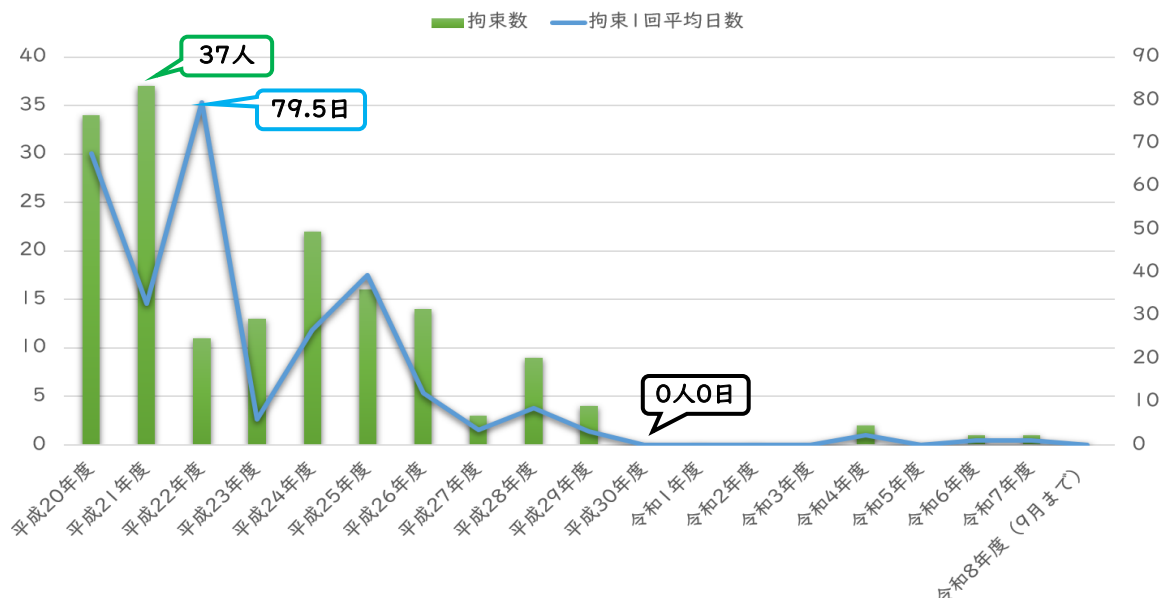


令和7年度 精神保健福祉資料（630調査結果）より発表者作成

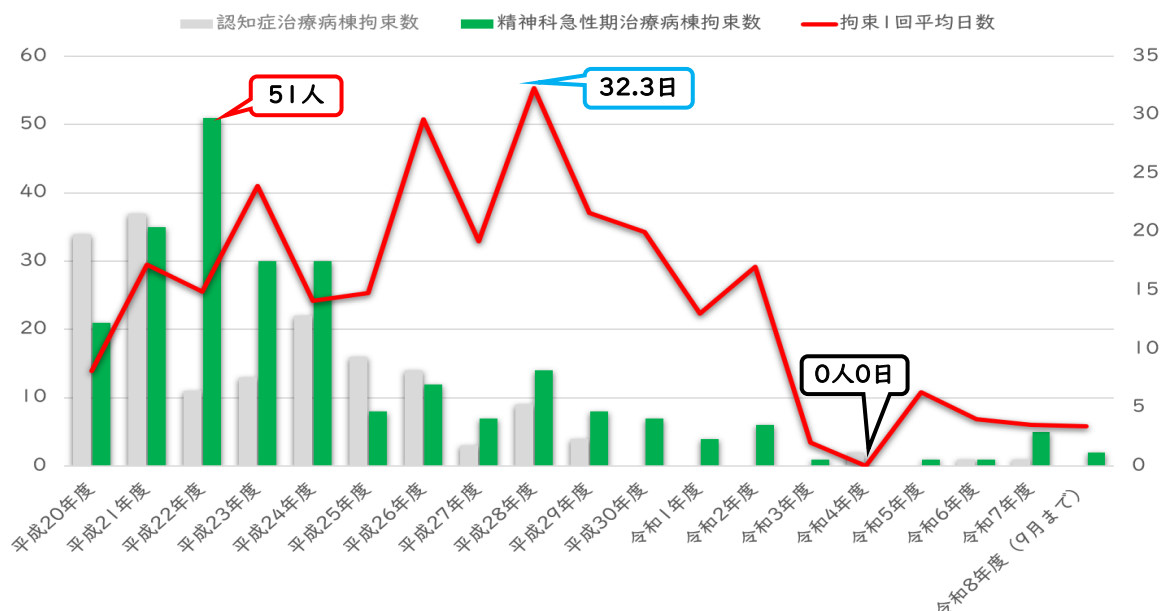
身体的拘束ゼロへの取り組み

2006年	転倒転落事故の予防	(事故予防研究会)
2011年	「隔離・拘束の期間を減らす」	(認知症治療病棟年度目標)
	1. 隔離・拘束が開始された場合には、2～3週間以内での終了を目指す 2. 隔離・拘束の必要性について毎日多職種による行動制限最小化カンファレンス 3. 行動制限最小化委員を中心に年3回勉強会を開催	
2012年	転倒しても骨折させない対策	(事故予防研究会)
2014年	隔離・拘束の早期終了のための評価基準表の作成	(行動制限最小化委員会)
	隔離・拘束者がいる場合には、毎日の行動制限最小化カンファレンスで評価	
2015年	拡大行動制限最小化カンファレンスの開催	(行動制限最小化委員会)
	隔離・拘束が1ヶ月を超えた場合は主治医を含めて解除のための方法を検討する	
2016年	「隔離・拘束ゼロの日をつくる」	(行動制限最小化委員会目標)
2018年	認知症治療病棟 身体的拘束ゼロ達成	
2025年	「ケアする病院ネットワーク」立ち上げ	

認知症治療病棟の身体的拘束推移



精神科急性期治療病棟の身体的拘束推移



精神保健指定医の意識改革



精神保健指定医とは
強制入院させられる医師
隔離・拘束できる医師
 ではない

精神保健指定医の役割

- ・ 非自発的入院（医療保護入院等）を必要最小限にとどめること
- ・ 隔離・身体拘束を最小限とし、代替手段を検討すること
- ・ 人権擁護、適正な診療の判断を行うこと

精神保健福祉法を守って 拘束しているので 問題ない！



歴史から学んだこと

法律を守ることが目的ではない
法律は人の尊厳を守るための手段である

精神保健福祉法における身体的拘束

第三十七条第一項の規定に基づき、厚生大臣が定める処遇の基準を次の

第四 身体的拘束について

一 基本的な考え方

(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。

(二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な被害の防止を図るために行われる場合であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことではないものとする。

(三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために必要最小限の時間・方法に限り、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当するものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

三 遵守事項

(一) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。

(二) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。

(三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

非代替性

身体的拘束以外に代わる手段がない

一時性

必要最小限の時間・方法に限る

切迫性

その瞬間に防がなければならない危険

身体的拘束の3原則から考える転倒予防

転倒予防で身体的拘束が正当化される理由

切迫性

転倒のリスクがあるのに、歩き回ったら危険！ = 自傷行為

非代替性（身体的拘束以外に代わる手段がない）

環境調整、見守り強化、薬物調整ができるはず
転倒しても骨折させない対策ではダメですか？



一時性（必要最小限の時間・方法に限る）

転倒はいつでも起こる！
歩かなければさらに転倒しやすくなる



認知症の人の転倒は自傷行為？

精神保健指定医がそのように判断するのであれば…



「理解できずに歩いて転ぶ」こと自体を自傷行為と構成して拘束するのは、要件該当性を欠く違法な運用とされるリスクが高いです。仮に拘束を検討する場合は、3原則への該当性を個別具体的な事実に基づいて厳格に評価し、かつ非代替性（他の手段を尽くしたこと）を優先的に検討すべき、というのが現在の法解釈・実務指導の主流です。

転ぶことは自然現象 ～ 自由を守るオランダ、責任を問う日本 ～



転倒は"二足歩行の宿命"

ヒトは二足歩行動物

直立姿勢はもともと不安定で
転倒をゼロにはできない

地域で暮らす高齢者の約3人
に1人が毎年転倒する※

「一度も転ばせない」は、生理
的にほぼ不可能な目標

オランダ：自由を奪わない

EXBELT

認知症ケアで身体拘束を原
則なくす政策的取り組み

自律・尊厳を最優先し、移動
の自由を保障

転倒は「自由の代償」として
社会・本人が受け入れる

日本の"ねじれ"

家で転べば「自己責任」

病院・施設で転べば「管理（安全
配慮義務）責任」

介護施設の事故の6割超が転
倒・転落・滑り。予見・回避できた
転倒は義務違反とされることも

「転ばせない」の追求が、拘束や
行動制限へと傾きやすい

※安村誠司:地域の在宅高齢者における転倒発生率と
転倒状況.日本公衆衛生雑誌 1991; 38(9): 735-742.

**自由を保障するなら、転倒もまた本人・社会が引き受ける
場所が「家」から「病院」に変わるだけで、責任の所在まで変わってよいのか？**

身体的拘束の3原則には
「**こころ**」
がない

「幸せなのか、幸せではないのか」

必要条件 3原則に沿っているから
身体的拘束はできる

十分条件 身体的拘束することで、
患者さんが幸せであり、
自分も幸せだと思える時は、
身体的拘束をする

「世界を幸せにする仕事」と誇れる法人へ

【おわきき ようすけ】1975年山梨県生まれ。2003年杏林大学医学部卒業後、精神科医として臨床に従事。2009年山梨大学大学院に入学し、当時あまり注目されていなかった発達障害と障害児（者）に関する研究に取り組む。22年、特定医療法人南山会の理事兼に就任し、経営に携わってリアルタイムで事業の発展と社会貢献を目指している。

「世界を幸せにする仕事」と誇れる法人へ

最初に知り合ったのが南山会。フィロソフィの理念と、人々の笑顔にフィロソフィに似ている。自分の思いを込めて、毎月1つずつ職員に提供するようにしている。

日本講演新聞2025年7月14日（掲載承諾済）

「世界を幸せにする仕事をしている」と家族や子供に胸を張って語れる人間になろう

本日の総まとめ

1. 法制度で許容されている考え方

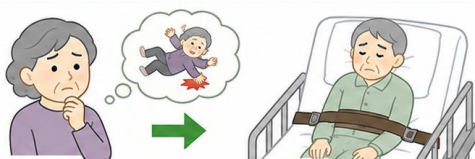
「治安のために精神科病院に非自発入院させる」「転ばないために認知症の人を拘束する」
この2つの考え方は、法制度で許容されており、一見すると、地域のため本人のためだと思える

治安のために精神科病院に 非自発入院させる



- ✓ 精神保健福祉法に基づき、非自発的入院が可能
- ✓ 地域の安全・安心のために必要と考えられる

転ばないために 認知症の人を拘束する



- ✓ 身体的拘束はやむを得ない場合に限定して許容
- ✓ 本人の安全を守るために必要と考えられる



精神科病院は、
この考え方が法的にも許容されているのだから問題はなく、
また**国民のニーズに応えている**ことだと考えている

安心・安全な地域のために



つまり、現行制度の中では「地域のため」「本人のため」という大義のもとに正当化されている

2. これからの精神科病院の重要な責務

国際的にはインクルージョン社会に変わっていかうとする中で、
これからの精神科病院は、国民のニーズに応えるのではなく、
国民に精神障がい者の「**人としての尊厳**」を啓蒙することが重要な責務なのではないか

国際的な潮流：インクルージョン社会へ

- ✓ 国連 障害者権利条約の理念（尊厳・自律・社会参加・共生）
- ✓ 長期入院の縮小と地域生活支援の推進
- ✓ 差別や偏見のない、誰もが共に生きる社会へ



これまでの考え方（バスターナリズムの限界）

- ✗ 治安のために隔離する
- ✗ 転ばないために拘束する
- ✗ 本人のためと信じている
- ✗ 国民のニーズに応えている

一見すると「地域のため・本人のため」に見えるが、
本人の人権や尊厳が置き去りにされがち



これからの精神科病院の使命

国民のニーズに応えるのではなく、
国民に精神障がい者の「**人としての尊厳**」を啓蒙し、
正しい理解と共生の文化を社会に広げていくこと



精神科病院は、治療の場であると同時に、社会を変える教育・啓発の拠点である

3. これからの精神科病院に求められる経営と社会の変革

多くの患者を長期に入院させないと成り立たないような診療報酬制度となっている
精神科病院の経営のあり方を、**抜本的に国が変えていかなければならない**

現行制度の課題



- ✓ 長期入院を前提とした診療報酬体系
- ✓ 退院・地域移行が評価されにくい仕組み
- ✓ 人員配置や施設基準が、効率的な地域支援や多様なサービス提供の妨げに
- ✓ 病院の経営が「入院の長期化」に依存

国が取り組むべき改革の方向性

- ✓ 地域移行・在宅支援を促進する診療報酬制度へ
- ✓ 早期支援・再発予防・地域生活支援を高く評価
- ✓ 多職種連携やアウトリーチ支援の充実
- ✓ 人の尊厳と自立を支えるケアの質を評価する仕組みへ

これから求められる精神科病院の姿

病院のための患者

- ✗ 長期入院を前提とした経営
- ✗ 診療報酬の仕組みに依存
- ✗ 入院を維持することが目的化
- ✗ 人の尊厳や権利が後回しに
- ✗ 地域や社会とのつながりが希薄



患者のための病院

- ✓ その人の尊厳を最優先にする経営
- ✓ 地域での生活と幸せを支援することが使命
- ✓ 早期回復・再発予防・地域共生を推進
- ✓ 人としての尊厳を守り、権利を尊重
- ✓ 地域や社会とつながり、共に支え合う



「病院のための患者」として経営する精神科病院は、
社会に**必要とされない**時代になる。

「**患者のための病院**」として、人の尊厳を守り、その人の幸せを創造する精神科病院だけが、
これからの社会で**生き残ることができる**世の中にしていきたい。

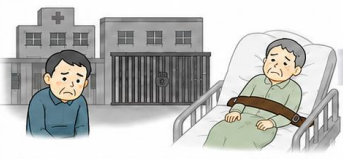


精神科病院が「幸せを創造する場所」に変わる未来

人の尊厳を守り、その人らしい幸せをともに創る精神科病院へ

これまで：治療よりも治安の場所だった歴史

- ・治安のために非自発入院させる
- ・転ばないために拘束する



- ✓ 法制度で許容され、「地域のため」「本人のため」
- ✓ 精神科病院は国民のニーズに応じていると考えられてきた

現在：人権を守る法制度も世界基準からは遅れている

- ・国際的にはインクルージョン社会へ
- ・人としての尊厳を啓蒙することが重要な責務
- ・治療の場であると同時に、教育・啓蒙の拠点へ



- ✓ 一人ひとりの尊厳が尊重される社会へ
- ✓ 精神科病院は社会を変える担い手に

これから：その人の尊厳と幸せを最優先する病院へ

- ・長期入院を前提とした制度からの転換が必要
- ・その人の尊厳を守り、幸せを創造する病院だけが必要とされ、生き残る時代へ



- ✓ 地域とつながり、支え合う病院へ
- ✓ 患者も職員も幸せを実感できる場所へ

陕西病院のパーパス

「誰もが幸せだと思える世界を創造する」



働く人が幸せを創造する場所に
一人ひとりのやりがいと成長を大切に、
チームで支え合い、誇りを持って働ける病院へ

人の尊厳を守り
その人の幸せを
ともに創る

患者が幸せを創造できる場所に
その人らしい生活と生きがいを支え、
回復・つながり・希望をともに育む病院へ



だからこそ、世の中に必要とされる病院になっていく

陕西病院は、幸せを創造する場所として、地域とともに、未来をつくります

