

# 精神障害者の地域医療・福祉の 可能性と法的諸問題

山 田 晋

## はじめに

一 医療とは、心身の疾病や負傷などの事項により、個人の自立的行動・活動が阻害されるのを、医師ら専門職の判断と心身への一定の施術などの対応により、阻害要因を除去あるいは軽減し、自立を回復させる一連の行為である<sup>(1)</sup>。これらの行為は基本的に専門職によってなされる。

医師・医療提供者(=治療する側)と患者(=治療される側)との関係は、法的には「契約」とであると解される<sup>(2)</sup>。

「契約」である以上、「契約自由の原則」が適用され(もちろん「契約自由の原則」は、今日大幅な修正が加えられている)、医師・医療提供者と患者は「契約当事者」であり、その関係は対等のもと考えられる。

医師・医療提供者と患者は「契約当事者」であり、その関係は対等であるならば、医師の専門的判断の下、治療するかしないか、どのような治療方法を選択するか、治療の時間・場所などは両当事者の、自由で情報を与えられた合意により決定されるべき問題である。

二 精神疾患も「病」であるとする、以上の医療一般の考え方は、精神疾患に対する医療にも当てはまることになる。しかし、しばしば制度的にも精神疾患とその他の疾患では医療上の取り扱いに大きな差がある。異なる取り扱い

をもたらす精神疾患の特性は、誇張されるきらいはあるが以下の二点である。

一つには精神疾患が病状によっては社会的に調和のとれない行動が現われ、場合によっては自傷他害の危険行動を伴うことがあるという点である。この場合は、本人への医療や安全が保障されないだけでなく、他者にも損害を与えることになる。感染症以外の一般的な疾患では、医療費の社会的費用などを除けば、それが患者以外の者に不利益を与えることはない。精神疾患は感染症ではないが、他者に損害を発生させる場合もある。

二つめには、他の疾患と異なり、精神疾患に関しては、本人に病識がない場合があるという点である。医師の診断が下されたのちでも、病識を欠く場合があり、この場合は本人に病識がないのであるから、通院、服薬などは行われなない。客観的に視れば、必要な医療が行われないことになる。

以上のような精神疾患の特異性に着目し、わが国で制度化されているのが、精神保健及び精神障害者福祉法(以下、精神保健福祉法)に規定されている、本人の同意のない入院形態(非自発的入院)である、医療保護入院(同法33条)と措置入院(29条)である。なお緊急的な入院措置として応急入院(同法33条の7)がある。精神科病院の管理者が、指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者で、精神障害のために自傷他害のおそれがあると判断された場合、本人の同意なく入院させることが可能なのが、医療保護入院である。措置入院の場合は患者が同様の状態にあり、指定医2名が入院の必要ありと診断した場合、都道府県知事の職権により入院させる。応急入院は指定医1名が入院の必要性を診断したが、保護者の同意を得られない場合で、入院期間は最長72時間である。

厚生労働省の「平成29年患者調査」<sup>(3)</sup>によれば、精神疾患を有する総患者数は、約419.3万人で、うち入院患者数は約30.2万人、外来患者数が約389.1万人である。入院形態別にみると、平成25年度のデータであるが、任意入院53%、医

療保護入院46%、措置入院0.6%となっており、非自発的入院がほぼ47%となり、入院といえば任意的な入院が原則である一般疾患とは大きな差がある。退院患者について、在院日数の平均である平均在院日数を施設の種類別にみると、「病院」30.6日、「一般診療所」12.9日となっており、病院、診療所ともに短くなる傾向となっているが、精神疾患の中心となる「精神及び行動の障害」については277.1日であり、際立って長期になっている。1年以上入院患者が約17万人(全入院患者の6割強)、5年以上入院患者が約9万人(全入院患者の3割強)であり、1年以上長期入院患者が全体の半数以上を占めている。

一般的な疾患については、入院患者の退院後の行き先についてみると、「家庭」が83.8%となっているが、精神病床からの退院患者の退院後行先としては、総数としては「家庭」が最も多いが、約66%にとどまり、次いで「他の病院・診療所に入院」が15%となっている。しかしながら詳細に見ると、入院期間が「3ヶ月未満」(77%)及び「3ヶ月以上1年未満」の者の退院先は「家庭」が56%と半数以上を占めるが、「1年以上5年未満」(31%)及び「5年以上」入院していた者の退院先は「他の病院・診療所に入院」が42%と高い割合を示している。また「死亡・不明」が30%近くに達する。

これらのデータから、精神疾患による入退院は一般疾患とは大きく異なることが明確になる。

三 問題は、一般の疾患と比べた場合の精神疾患の特色が、患者の医療、人権との関係で問題を生じさせていないか一である。本人の合意を必要としない入院形態が法定されている点では、自己決定はこの部分では捨象されていることになる。また本人の同意がないだけでなく、本人が退院の意思を表明したにもかかわらず、入院形態が継続されれば、個人の身体の自由を不当に拘束していることにならないか一という問題が当然生じる。一方で、本人の医療の実現のためには医師の管理下で治療を行わざるを得ない場合もある。また自傷他害

の危険のある患者を退院させることが、適正なのかという問題もある。

現在、地域における医療の実現は、医療における主流である。精神疾患における「脱施設化」を中心とする地域での生活の実現もその例外ではない。世界保健機構(WHO)の『世界保健報告2001～精神保健：新しい英知，新しい希望(World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope)』でも、精神疾患への対応の適正さ・効率性の点からも「地域社会におけるケア」の重要性が説かれている<sup>(4)</sup>。国連・障害者の権利条約25条(c)は障害者への保健サービスが「障害者自身が属する地域社会の可能な限り近くにおいて提供すること」を締結国に求めている。ヨーロッパレベルでも大規模な精神疾患施設に基づく伝統的なケアのモデルから地域にねざし社会に包括的なケアシステムへの転換は不可欠であると認識されている<sup>(5)</sup>。わが国でも障害者基本法3条が「地域社会の共生」を規定し、地域における医療や福祉の実現はもはや「公序」でもある<sup>(6)</sup>。したがって医療保護入院と措置入院という「非自発的入院」は明らかにこの傾向に反するものである。

四 本稿では、患者の非自発的入院の問題を検討し、それが個人の身体の自由を不当に拘束しているとみなされるのであれば、どのように退院を促進し、かつ地域での精神医療を実現できるのか検討する。

2021年3月末をもって村上雅昭教授(精神医学)は明治学院大学社会学部を定年により退職される。筆者はかつて明治学院大学にて同僚として教授の警咳に接することができた。

国内外の幅広い多様かつ多次元的な経験と教養に裏付けられた教授の「学問」的姿勢に学ぶことは多かつたし、公私に渡りご指導いただいた。拙いものではあるが本稿をもって教授のご学恩に謝することとしたい。

今後も先生の御健勝とご研究のますますのご発展を祈念するものである。

## 健康についての国際規範

一 精神医療を含む医療は、こんにち「基本的人権」の一つであることは、国際規範としても確立されたものである。

「世界人権宣言」に先立ち、1948年6月に米州機構(Organization of American States OAS)によって採択された「米州人権宣言(American Declaration of the Rights and Duties of Man)」では、11条で「健康状態の維持の権利(the right to the preservation of his health)」が規定された。ただし「公的資源が許容する範囲で(to the extent permitted by public and community resources)」という限定がついている。

1948年の「世界人権宣言(Universal Declaration of Human Rights)」25条は、すべての人々が衣食住、医療等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利(the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family)を持つことを規定する。

また「世界人権宣言」にも法的拘束力をもたせることを意図した、1966年の「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)」(国際人権規約A規約)は、12条で「すべての者が到達可能な最高水準(the highest attainable standard)の身体及び精神の健康を享受する権利」を規定する。

締約国がその権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、「伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、治療及び抑圧(prevention, treatment and control)」のために必要な措置、および「病気の場合にすべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出」を含むことに留意すべきである(12条2項(c), (d))。すなわち予防も含む包括的な医療保障であるという点である。

なお1948年の「世界保健機構・憲章」は「健康の到達できる最高水準(the highest attainable standard of health)の享受(enjoyment)は基本的人権の一つであることを謳う。

二 医療が保障されたとすると、問題となるのは、患者としての地位とそこで提供される医療の内容、質である。すなわち患者としての権利の問題である。

1994年3月にアムステルダムで開催された〈WHO(世界保健機構)ヨーロッパ地域事務局・患者の権利に関するヨーロッパ会議(The European Consultation on the Rights of Patients)〉において採択された「ヨーロッパにおける患者の権利促進に関する宣言(A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe)」は、患者の持つ諸権利についてのいわばヨーロッパにおける「高度基準」である。

同宣言は、「人権と医療の価値」、「情報」、「医療における同意」、「秘密保持とプライバシー」、「処遇と治療」、「適用」などの項目にわたり患者の権利を規定する。「人権と医療の価値」の項目として、1 人間として尊重される権利、2 自己決定の権利、3 身体及び精神の不可侵性の権利及び身体の安全を保障される権利、4 プライバシーを尊重される権利、5 道徳的及び文化的価値観、並びに宗教的及び思想的信条を尊重される権利、6 疾病の予防及び保健医療に対する適切な措置によって健康を保持される権利、及び、達成可能な最高水準の健康を追求する機会を持つ権利など、広汎な患者の権利を規定しその促進に向けて加盟国が努力すべきことを宣言している。他に「情報」、「医療における同意」、「秘密保持とプライバシー」、「処遇と治療」、「適用」などの項目にわたり患者の権利を規定する。

「処遇と治療」の項目において、患者は予防的ケア、健康促進を目的とする活動を含む、医療的ケアを受ける権利を持ち、それらのサービスは継続的に利

用可能でなければならないとする。また患者は医師や医療機関を選ぶ権利を持つ。医療機関にこれ以上滞在する医学的根拠がない患者は、退院する前に十分な説明を受ける。患者が在宅で治療される場合にはコミュニティあるいは在宅の支援が利用可能でなければならない。

いっぽう医師の職能団体も患者の権利について文書を採択している。世界医師会(The World Medical Association)は、1995年9月に「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」(WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)を採択した。同宣言では、「良質の医療を受ける権利」として、a.すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する、b.すべての患者は、いかなる外部干渉も受けずに自由に臨床上および倫理上の判断を行うことを認識している医師から治療を受ける権利を有する、c.患者は、常にその最善の利益に即して治療を受けるものとする、患者が受ける治療は、一般的に受け入れられた医学的原則に沿って行われるものとする、としている。

三 精神疾患を持つ患者については、医療一般における患者の権利とは異なる対応がなされてきた。

1991年に国連は「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of their Mental-Health Care: General Assembly Resolution A/RES/46/119 of 17 December 1991)」(以下「国連・保護改善原則」)を採択した。そこで「原則1 基本的自由と権利」として、「5. 精神疾患を有する者はすべて、世界人権宣言、経済的・社会的及び文化的諸権利に関する国際規約、市民的及び政治的権利に関する国際規約、障害者の権利宣言、並びにあらゆる形態の抑留又は拘禁の下にあるすべての者を保護するための原則など、関連する文書に認められているあらゆる市民的、政治的、経済的、社会

的及び文化的権利を行使する権利を有する」と規定する。

治療に関しては、「すべての患者は、最も抑制の少ない環境(the least restrictive environment)下で、かつ、患者の保健上の必要性と他の人の身体的安全の保護の必要性に照らして適切な、最も制限が少ない、あるいは最も侵襲的でない(the least restrictive or intrusive)治療を受ける権利を有する。」(「原則9治療」1.)とし、また「メンタルヘルスケアは、常に、国連総会で採択された医療倫理原則などの国際的に承認された基準を含む、精神保健従事者に適用される倫理規範に則して提供される。精神保健の地域及び技術は濫用されてはならない。(「原則9治療」3.)とする。「4. すべての患者の治療は、患者の自律性(personal autonomy)を保持及び増進させる方向でなされる」(「原則9治療」4.)。

2005年のWHOヨーロッパ地域・保健大臣会合において採択された「ヨーロッパ精神保健宣言—諸問題に向きあい、解決策を構築する(Mental Health Declaration for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions)」(EUR/04/5047810/6)では、重症患者のための大規模施設に代えて、地域に根付いたサービスを展開することを加盟国の義務とした(10xi)。

さらに「患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行われない」(「原則11治療への同意」1.)とする。

世界精神医学会(World Psychiatric Association)は、1977年に「ハワイ宣言(Declaration of Hawaii)」を採択し、「精神科医は患者の最善の利益(the best interests)に奉仕すべきである」こと、「すべての精神科医は、その患者に対して、医師の知識に照らし、利用しうる最良の治療(the best available therapy)を提供しなければならず、その患者を、人間の尊厳のゆえに、個別性(solitude)と尊敬(respect)をもって治療しなければならない」ことを宣言した。

日本精神神経学会も2014年6月に「精神科医師の倫理綱領」を制定し、精神



科医師の責務として、「人間性の尊重」、「最善の利益の提供」、「自己決定権の尊重」、「乱用と搾取の禁止」などを規定した。

## 非自発的入院＝身体的自由の拘束からの解放＝自由権の問題

前述のとおり患者の治療における権利は国際的には確立されているといえるが、精神医療については、医療一般から見ると例外的な取扱いである、患者本人の同意のない入院が認められている。いわゆる「非自発的入院(involuntary hospitalization)」である。外形的にはこのような「非自発的入院」は、「意に反する身体的自由の剥奪(deprivation)」であり、拘禁である。ただそれが医療行為であるがゆえに「治療」の一部としての入院となる。したがって医療行為と認められなければ、仮に医療機関においてであっても「意に反する身体的自由の剥奪」である。以下に、「意に反する身体的自由の剥奪」の国際規範をみておく。

「市民的および政治的権利に関する国際規約(the International Covenant on Civil and Political Rights ICCPR)」(国際人権規約・B規約)9条1項は「すべての者は、身体的自由及び安全についての権利を有する。何人も、恣意的に逮捕され又は抑留されない。何人も、法律で定める理由及び手続によらない限り、その自由を奪われない」と規定している。2014年の人権委員会(Human Right Committee)の「一般的意見35号(General Comment No.35)」(CCPR/C/GC/35)でも「非自発的入院」が「自由の剥奪(deprivation of liberty)」に該当すると述べている(パラグラフ5)。また病院など合法的な組織が行う「不当な(wrongful)自由の剥奪」から個人を守るための適正な行動をとることを加盟国の義務としている。

「ヨーロッパ人権条約(Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms)」は、より詳細に規定し、精神障害者に関連する条

項を含む。5条は「自由と安全の権利(Right to liberty and security)」を規定し、「すべての者は、身体的自由および安全に関する権利を有する」として、特定の事由でかつ法定の手続きによった場合に、本条に反しないとする事項を挙げている。(e)号は「伝染病の蔓延の防止、精神障害、アルコール中毒もしくは麻薬中毒者または浮浪者の合法的な拘留(the lawful detention of persons for the prevention of the spreading of infectious diseases, of persons of unsound mind, alcoholics or drug addicts or vagrants)」と規定する。

なお「自由の剥奪」がどのような状態を指すかについては、これらの条約には定義はないが、1984年の「拷問禁止条約(拷問及び他の残虐な、非人道的又は品位を傷つける取り扱い又は刑罰に関する条約(the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)」に対する2002年の「選択議定書(Optional Protocol)」は、「自由の剥奪」を「司法、行政あるいは他の権力の命令によって、本人の意思により退去することが許されない公的なあるいは私的な抑留施設(custodial setting)において人を收容する勾留(detention)あるいは監禁(imprisonment)のあらゆる形態」と定義している(4条2項)。

このような国際規範を考慮にあれば、医療保護入院、措置入院などの「非自発的入院」に正当性がなかった場合には、当然に違法行為となる。

例えば1988年の国連「あらゆる形態の拘束あるいは拘留の状況下にあるすべての人々の保護のための原則(Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment)」(UN Resolution 43/173)では、法的代理や面接交流権を認めているが、「拘束されている人々(detained person)」とは、「有罪判決の結果としての場合以外で、個人の自由を奪われているあらゆる人(any person deprived of personal liberty except as a result of conviction for an offence)」を意味するとされており(Use of Terms(b))、精神疾患のゆえに入院している人々を当該保護原則の適用除外

とはしてはいない。

1983年のヨーロッパ評議会の大臣委員会(Committee of Ministers)の「非自発的入院患者として精神障害をもつ人々の法的保護に関する勧告・83(2)号勧告(Recommendation No. R(83)2 of the Committee of Ministers to Member States Concerning the Legal Protection of Persons Suffering from Mental Disorder Placed as Involuntary Patients)」は、非自発的入院の決定は、司法機関あるいは法定の組織によってなされることを原則としている(4条)。また非司法機関あるいは人物によって、入院の決定がなされた場合には、その機関あるいは人物は、最初に入院を請求あるいは勧告した組織あるいは人物とは異なるものでなければならない。また患者は裁判所への上訴の権利をもたねばならない。ここでは司法機関への信頼が表明されている。

患者の個人の自由の制限は、本人の健康状態あるいは治療の継続の必要性があるときのみ認められるが、その場合も外部との通信およびその秘密は保障されねばならない(6条)。

1994年のヨーロッパ評議会の勧告1235号「精神医療と人権(Recommendation 1235 (1994) Psychiatry and Human Rights)」は「強制入院の場合、精神保健施設への収容に関する決定は、裁判所によってなされねばならず、収容期間は特定されねばならない(7i-b)」。また治療について「拷問、非人道的または品位を傷つける取扱または刑罰の予防に関するヨーロッパ委員会(the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)」と同様の監察システムが構築されねばならない(7 ii -f)」とする。

「国連・保護改善原則」も「原則1 基本的自由と権利 5」で、精神疾患

を有する者はすべて、世界人権宣言、経済的・社会的及び文化的諸権利に関する国際規約、市民的及び政治的権利に関する国際規約、障害者の権利宣言、並びにあらゆる形態の抑留又は拘禁の下にあるすべての者を保護するための原則など、関連する文書に認められているあらゆる市民的、政治的、経済的、社会的及び文化的権利を行使する権利を有することを規定する。

また2006年の国連・障害者の権利条約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)14条も「身体の自由と安全(Liberty and security)」を規定している。14条1項は締約国が障害者に対し、他の者と平等に「(a)身体の自由及び安全についての権利を享有すること、(b)不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」を確保することを要請している。したがって、障害者の同意のない入院は、「自由の恣意的な剥奪」にあたり、そのような実務は禁止されなければならない<sup>(7)</sup>。

また15条は「拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由(Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment)」を規定し、いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けることはなく、特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けないとする。

さらに、今日の精神医療、精神障害福祉の趨勢は、隔離を回避し、地域における医療、地域の包摂の方向にすすんでいる。

「国連・保護改善原則」も「原則7 地域社会と文化の役割」で「1. すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する。2. 精神保健施設内で治療が行われる場合、患者は、可能な場合は常に、自己の居住する場所又は家族、友人の居住する場所の近くで治療を受ける権利を有し、及び可能な限り速やかに地域社会に戻る権利を有する」

と規定する。さらに「原則11 治療への同意11」でより詳細に「患者の身体的拘束又は非自発的な隔離は、精神保健施設に関して公的に認められた手続きに従い、かつ、それが患者若しくは他人に対する即時の又は切迫した危害を防ぐために唯一の可能な手段である場合を除いては、行ってはならない。これは、その目的のために厳密に必要とされる期間を超えて行われてはならない。身体的拘束又は非自発的な隔離が行われた場合はすべて、その理由及びその性質と程度が患者の診療録に記載される。拘束され、又は隔離された患者は、人道的な環境下に置かれ、資格のある職員によるケア及び入念な定期的監督下に置かれる。患者の個人的代理人が存在し、かつ、ふさわしい者であれば、患者の身体的拘束又は非自発的な隔離について、その代理人に対して迅速な通知がなされる」とした。

ただし2006年以前に成立した国際規範は、障害者の権利条約と適合的に解釈することが求められる<sup>(8)</sup>。従前の国際法規が再検討され、条文によっては失当とされるものもある。例えば「国連・保護改善原則」が「非自発的な入院・治療」を容認した部分は、障害者の権利条約に合致しないとされた<sup>(9)</sup>。

また国連・障害者の権利条約も19条で「自立した生活及び地域社会への包容(Living independently and being included in the community)」への権利を規定している。

19条は、「全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を有することを認め」、「障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に包容(full inclusion)され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な(effective and appropriate)措置をとる」ことを条約の締約国の義務とした。

そしてそれらの措置には、「(a) 障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並び

に特定の生活施設で生活する義務を負わないこと、(b) 地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス(個別の支援を含む。)を障害者が利用する機会を有すること」をも含む。

障害者の権利条約は、自由と自由の行使を可能とする国家・社会の介入義務を規定している。

## わが国の精神医療法制

では、特殊な入院形態である医療保護入院、措置入院はどのようにして発展し、こんにちまで存在しつづけているのか。わが国の精神医療法制にその展開を確認する。

わが国で最初に精神疾患の患者を射程においた立法は、1900年の「精神病患者監護法」<sup>(10)</sup>である。同法は父母ないし戸主を「監護義務者」として在宅監置を法的に容認したものである(1条)。「治療なき監禁」と否定的に評価されるが、一方で「監護義務者ニ非サレバ精神病患者ヲ監置スルコトヲ得ス」(2条)と規定し、在宅監置の権限を限定したものとする見方もできる。

1919年には「精神病院法」が制定された。同法は、内務大臣が道府県に公立精神病院の設置を命じること、地方長官が精神病患者を入院させることを可能とし、精神病院に対して建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫より補助できることを規定していた。また内務大臣は「代用」として私立病院を指定することができた。このようにして入院治療の促進が計られたが、実際には公立精神病院の設置はすすまなかった<sup>(11)</sup>。この二つの立法により、監禁と治療という二本柱が成立したことになる。戦前、精神障害者の医療に関する法はこの二法のみであった。

戦後、1950年に「精神衛生法」が成立し<sup>(12)</sup>、この時点で「精神病者監護法」、  
「精神病院法」は廃止された。

「精神衛生法」は「精神障害者の医療及び保護」および「その発生の予防」  
により「国民の精神的健康の保持及び向上を図ること」を目的とする(1条)。  
また2条では国および地方公共団体に、精神障害の医療施設、教育施設その他  
福祉施設の充実による、「精神障害者が社会生活に適應すること」へ努力義務  
を課した。

さらに都道府県に精神病院の設置義務をも課した(4条)。その設置、運営に  
関する費用は国が二分の一の補助を行う(6条)。

また「精神衛生相談所」(7条)、「精神衛生審議会」(13条)、「精神衛生鑑定医」  
(18条)など精神障害医療に関する基本的事項が同法により創設された。

精神疾患の患者の医療及び保護については、その後見人、配偶者、親権を行  
う者及び扶養義務者を「保護義務者」とした(20条)。そして保護義務者は、精  
神障害者に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に  
害を及ぼさないように監督し、且つ、精神障害者の財産上の利益を保護しなけ  
ればならないとし(22条)、さらに退院時の本人引取義務(40条)など、広範な義  
務を課した。

入院形態については、本人の同意による入院形態についての規定がなく、本  
人の同意を不要とする都道府県知事による入院措置(29条)、本人の同意を不要  
とし保護義務者の同意による入院(33条)、診断に相当の時日を要する場合に、  
本人の同意なしに扶養義務者の同意による仮入院(34条)を規定した。

都道府県知事が措置入院させるには、二人以上の精神衛生鑑定医の診察を経  
て、「その者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなけ  
ればその精神障害のために自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれがある  
と認めることについて」、各精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でな  
ければならない(29条2項)

また自傷他害のおそれのある精神障害者で、入院の必要があるが直ちにその者を精神病院に収容することができないやむを得ない事情があるときは、保護義務者は、都道府県知事の許可を得て、精神病院に入院させるまでの間、精神病院以外の場所でその者を拘束できる「保護拘束」を規定した(43条)。二人以上の精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でその期間は、保護拘束を始めた日から起算して二箇月を超えることができないとされた(44条)。

また保護拘束による以外の場合には、施設以外の収容を禁止した(48条)。

「訪問指導」についての一条文はあったものの(42条)、基本的に「精神衛生法」は施設における精神障害者の医療や保護を原則としており、また「監護義務者」の制度を維持していた点で、戦前の精神衛生法の延長線上にあったと評価できる<sup>(13)</sup>。

1950年代以降、精神医学で薬物療法が進展したが、1960年3月のいわゆる「ライシャワー事件」以降、精神障害施策の治安化が強化され、精神衛生法改正が政治的課題になった。

1965年の改正により、親または兄弟を「保護義務者」とし、「保護義務者」の同意で強制入院させる「同意入院」制度が導入され、また通報制度が強化された。この点で、精神衛生法は、強制入院中心の精神科医療体制を目指したと評価される。しかし同時に、精神障害者の在宅治療が行われるようになった<sup>(14)</sup>。

精神障害法制の転機となったのは、精神病院における人権侵害事件の表面化であった。1987年に精神衛生法が大幅に改正され、「精神保健法」となった。同法は、人権保護、リハビリテーション、社会復帰の促進を目的とし、「精神病院から社会復帰施設へ」を志向したものとなった。人権尊重の側面としては、任意入院制度、患者の通信・面会の自由の保障、隔離拘束の基準、精神医療審査会などが導入された。社会復帰の側面としては、精神障害者社会復帰施設の法定化などがある。

1993年の障害者基本法では精神障害者を障害者と規定し、従来の保健・医療



施策の対象だった障害者は福祉施策の対象とも認識されることになった。

1993年の精神保健法改正は、「社会復帰施設から地域社会へ」を志向するものだった。精神障害医療と障害福祉が同一の法に規定されることになった。精神障害者の社会復帰施設など、ノーマライゼーションの理念が法に導入されることとなった。

1995年には精神保健法が全面改正され名称も、精神保健・精神障害福祉法となった。法の目的に「精神障害者の社会活動への参加促進」が加わり、「精神障害者保健福祉手帳」制度が導入され、精神障害者福祉工場、福祉ホームなどが法定化された。

2003年、精神障害者が一定以上の重罪を犯し、刑事責任が免責された場合、精神科医療施設への入所を強制する、医療観察法(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律)が制定された。

2005年に障害者自立支援法が成立し、社会福祉の領域で、障害類型ごとに従来分立していた身体、知的、精神のそれぞれの障害の福祉施策が共通事項としてまとめられた。

2013年の障害者自立支援法が全面改正され、総合支援法(「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」となった。

2013年には精神保健・精神障害福祉法改正により、さらなる地域への移行支援が加速された。精神科病院の管理者に、①医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う「退院後生活環境相談員」の選任、②医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う「地域援助事業者」を紹介、③主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、

入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する「医療保護入院者退院支援委員会」を設置，を義務付けた。また「保護者制度」は廃止され，医療保護入院の妻付を，精神保健指定医1名の診断と，家族等のいずれかの者の同意に変更した。「精神医療審査会」は構成が見直された。

## わが国の精神医療政策 「地域移行」の流れ

ここでわが国の精神保健医療福祉における地域展開について主要な流れを確認する。

わが国の精神保健医療福祉における地域展開の実質的な嚆矢となったのは，精神保健福祉本部(本部長：厚生労働大臣)で策定された2004年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」である。ここで「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示された。

①国民の理解の深化，②精神医療体系の改革。再編，③地域生活支援の強化を今後10年間で進めるなど，基盤整備等を進めることにより，退院可能精神障害者の10年後の解消を図る。

とくに措置入院や医療保護入院の患者については，早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討するとされた。

またデイ(ナイト)ケア・訪問看護についても，福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ，良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする。

社会復帰リハビリテーションの強化と相談支援，就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実などの地域生活支援体制の充実により，市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備し，長期入院患者の退院を促す。

2007年に成立した「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関す

る法律(平成19年法律112号)」の「住宅確保要配慮者」に精神障害者も含むこととなり、民間賃貸住宅への円滑な入居の促進に関し必要な措置の対象となった。

2009年9月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が報告書『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』を公表した。ここでは「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施を更に加速・推進すべきことが提言された。

精神疾患にかかった場合でも、質の高い医療を保障され、症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会をめざし、精神保健医療福祉の改革を更に加速すべきことが打ち出された。

2014年7月「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」が「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を取りまとめた。

長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、病院スタッフからの働きかけの促進等の「退院に向けた意欲の喚起」、地域移行後の生活準備に向けた支援等の「本人の意向に沿った移行支援」、居住の場の確保や地域生活を支える医療の充実等の「地域生活の支援」の実施を徹底するとした。

「地域生活の支援」の施策として、居住の場の確保(長期入院精神障害者の退院後の居住先としては、従来の精神障害者施設や福祉施設だけでなく、公営住宅、一般住宅の活用も視野に入れる)や地域生活を支えるサービスの確保とし

て、医療サービス(アウトリーチの充実を推進、往診や訪問診療の充実を推進、訪問看護ステーション等で行われる精神科訪問看護の充実、病院と診療所及び障害福祉サービス事業所との連携を強化)や障害福祉サービス(地域移行後の生活が安定的に維持・継続できるよう、常時の連絡体制の確保や緊急時の相談等の支援を行う地域定着支援の活用の推進)の充実を進める。

2017年2月「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」は報告書『新たな地域精神保健医療体制のあり方について』を公表した。新たに「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が提言され、主要課題となった。精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。そのために、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当とされた。

主要課題の二つ目は、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」である。統合失調症、うつ病、躁うつ病、依存症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当であるとされた。

2018年3月、第4次障害者基本計画では、精神障害入院患者の早期退院と地域移行、社会的入院の解消、退院後の精神障害者の支援が焦点とされた。

精神障害者への医療の提供・支援を可能な限り地域において行うとともに、入院中の精神障害者の早期退院(入院期間の短縮)及び地域移行を推進し、いわ

ゆる社会的入院を解消するため、精神障害者が地域で生活できる社会資源を整備する。具体的には、①専門診療科以外の診療科、保健所等、健診の実施機関等と専門診療科との連携を促進するとともに、様々な救急ニーズに対応できる精神科救急システムを確立するなど地域における適切な精神医療提供体制の確立や相談機能の向上を推進する、②精神科デイケアのサービス提供内容の充実を図るとともに、外来医療、ひきこもり等の精神障害に対する多職種によるアウトリーチ(訪問支援)を充実させる、③居宅介護など訪問系サービスの充実や地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)の提供体制の整備を図る、④精神障害者の地域移行の取組を担う精神科医、看護職員、精神保健福祉士、公認心理師等について、人材育成や連携体制の構築等を図ること、などが今後の方針とされた。

医療についての政策指針である「病院から地域社会へ」という大筋の流れが、診療報酬点数の加算などの誘導手法によっても、確定されているといえる。

## 精神疾患者の地域支援

精神疾患者が地域で受ける支援の現状は、医療的支援と福祉的支援の二領域による。

医療的側面からは精神保健・精神障害福祉法が、生活支援の側面からは福祉総合支援法が主な役割を担うこととなる。

精神医療としては、精神科訪問看護、精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科救急医療などが中心になる。これらは基本的には医療であり、社会保険医療の給付である。それに要する費用については、社会保障の診療報酬により、患者の負担は医療保険の患者負担の原則による。在宅精神疾患患者を支えるアウトリーチ事業なども診療報酬により充実が可能となっている。医療行為であ

るので、医師など医療従事者の判断、指示のもとに行われ、患者と医療契約の上になりつつ。

いっぽう福祉的施策は、基本的には総合支援法の定める福祉サービスの利用という形になる。社会復帰施設や在宅福祉サービスの利用などである。自立支援医療制度は精神医療に関してである。負担は基本的に応能負担の原則による。これら福祉的な生活上の支援は、市町村が責任主体となる。

どちらの場合も精神保健福祉センターが重要な役割を果たすことになる。

## むすびにかえて

以上のような検討を経て、精神障害者の地域における医療と生活の実現の前提となるいくつかの原理的ともいえる課題が明らかになる。

第一に、精神障害者の地域における医療・福祉の主体をどのように把握するかという問題である。精神的不調和状態をもつ者を、精神疾患をもつ患者とみるか、精神障害福祉の主体とみるのかである。勿論、それは同一の人物を異なる側面から見ているに過ぎない。しかしこの二側面から把握できるということが、精神障害の他の障害にはみることができない特性である。そのことを反映してわが国の精神障害に対する諸施策は、医療体系と福祉の体系に分立している。精神保健・精神障害福祉法という名称にもかかわらず、総合支援法(旧・自立支援法)の存在により、同法は、二領域の「協働」というよりは、医療体系を規定する法となった。

他の障害の領域では、医療と福祉の区分は法制度上極めて明瞭である。例えば、ケガと障害の区分は、治療効果がある状態がケガであり、症状が固定し治療効果がないのが障害である。したがって医療機関と福祉施設は原則的には明瞭に区分される。しかし精神疾患については、治療効果の有無だけで一律に医

療と福祉を区分することは適切とはいえない。例えば、精神疾患に関して入院の意味は、一般傷病と同じではないだろう。治療だけを入院の目的と考えると、精神疾患で入院の意味はなくなることになるだろう。

この状態を分立とみるのか「協働」とみるのかは、にわかに判断できない。

ただしわが国でも精神保健福祉法という医療の特別法を存続させることについては、障害者の権利条約に照らして望ましくないという批判がある。

第二に、精神障害をめぐる医療、福祉における人権や権利へのアプローチである。特に福祉の領域では人権、権利がはなばなしく論じられる。これは従来、あまりにも権利がないがしろにされ無視されてきたことを示している。精神障害をめぐる医療、福祉における人権や権利へのアプローチに関して、自由権の側面の重要性に留意すべきであろう。ヨーロッパでは精神疾患の権利に関して、特に、非自発的入院に関して、不当な「自由の剥奪」として議論される。

ヨーロッパのほぼすべての国は、人権に関しての共同の水準を達成するための「欧州評議会(Council of Europe)」に属している。「欧州評議会」の基本的な人権のための条約である、1950年のヨーロッパ人権条約(「人権と基本的自由の保護のためのヨーロッパ条約(Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms; Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertes fondamentales)は、自由権を中心に加盟国国民の権利と自由を保障し、加盟国、加盟国民は条約上の権利が侵害された場合には、国内法による救済でなお解決されない場合に、特別の裁判所に提訴できる。ヨーロッパ人権裁判所はそのために設置された裁判所である。

ヨーロッパ人権条約は、自由権を中心に規定しているため、障害者の権利等のいわゆる社会権規定はほとんどない。しかし障害者の権利保障は、一般的な自由権規定の侵害を問うことによって条約上の保護を受けることが可能とな

る。

精神疾患の患者の人権、権利との関係では条約5条1項(e)の問題となる。5条は「自由及び安全についての権利(Right to liberty and security)」を規定し、1項(e)は以下のような内容で自由の剥奪を認めている。

「1 すべての者は、身体の自由及び安全についての権利を有する。何人も、次の場合において、かつ、法律で定める手続に基づく場合を除くほか、その自由を奪われない。

(a)…

…

(e) 伝染病の蔓延を防止するための人の合法的な抑留(lawful detention)並びに精神的異常者(unsound mind)、アルコール中毒者若しくは麻薬中毒者又は浮浪者(vagrants)の合法的な抑留」

精神疾患の患者が同意なく入院させられた場合には、条約では「拘留(detention; detenu)」ということになり、治療目的等に照らして適正でなければ「不当な拘留」であり、「自由の剥奪」ということになり、条約違反となる。

なお5条(1)eでいう「精神異常(unsound mind)」は、①当該人物が「精神異常」であることが確実に示される一すなわち、客観的な医学的証拠に基づいて、権限をもつ機関の前で真実の精神障害が成立していること、②精神障害の程度が令状による強制的監禁(confinement)の状態に達していること、③継続的な監禁の有効性はそのような障害の存在によって決定されるべきこと、という最低基準が判例により確立している(Winterwerp v. the Netherlands, 24 October 1979; Stanev v. Bulgaria [GC], no.36760/06, 17 January 2013)。

例えば、刑務所の精神科病棟に収容されたことをめぐって、それが「自由の



剥奪」であると訴えた精神疾病患者を患う受刑者に関して、当該施設でのケアは十分なものではなく、治療や社会復帰という目的に合致しない収容であり、裁判所は条約違反であると判示した(L.B. v. Belgium (no.22831/08) 2 October 2012)。同じく適切なケアを受けられなかったとして5条違反を認めた事例として、Rooman v. Belgiumがある([GC], no.18052/11, 31 January 2019.)。

判例の蓄積を経て、ヨーロッパ評議会は、人権条約との関係で、違法とされない「非自発的収容(involuntary placement)」の基準を定立した。2004年に採択された「精神障害者の人権と尊厳の保護のための勧告(Recommendation Rec(2004)10 Recommendation on the Protection of the Human Rights and Dignity of Person with Mental Disorder)」17条は、「非自発的収容」の許容基準として、「(1)患者が精神障害者である、(2)患者の状態が当人の健康あるいは他人に重篤な危害(serious harm)の顕著なりスク(significant risk)を示している、(3)収容の目的は診療の目的(therapeutic purpose)である、(4)適切なケアを提供するのに、より抑制的でない(less restrictive)手段が利用不可能である、関係者の意見が考慮されていること」としている。

さらに強制的収容を決定する手続きについては、裁判所あるいは他の権限ある機関によってなされなければならない、裁判所あるいは他の権限ある機関は、(1)関係者の意見を考慮する、(2)関係者に面接し協議するという原則に基づいている法によって規定される手続きによることとされる(20条)。また上述の基準がもはや存在しなくなった場合には、強制的収容は終了しなければならない(24条)。

この状況は、障害者の権利条約の採択により大きく転換した。条約は、障害であることを理由とした「自由の剥奪」を禁止しており、結果として「自由の剥奪」が精神障害の危険性(dangerousness)あるいはケアや治療の必要性と連結している場合でも、違法な拘束となる。そして国連・人権高等弁務官(High

Commissioner for Human Rights)は、このような「自由で情報を与えられた同意(free and informed consent)」を欠く場合の拘束を容認する法規の廃止を勧告している<sup>(15)</sup>。ただし自傷他害の危険に対応する予防的拘束やケアや治療の必要性からの拘束がすべて違法と解釈されるべきではなく、それに基づいて自由の制限が決定される法的な理由は、障害の存在と切り離して中立的に定義されねばならないと解釈されるべきであると述べた。

精神疾患患者、精神障害者の権利に関するヨーロッパとわが国のアプローチの差異は、〈狂気〉に対する認識の歴史的な経緯の差ともいえるべきものであろう<sup>(16)</sup>。キリスト教社会が形成されたのちのヨーロッパにあっては〈狂気〉は、「悪魔」のなせる業、あるいは憑依であり、神の敵であった<sup>(17)</sup>。それらの〈狂人〉を、感染症の収容施設の空席に収容し、彼らはそこに閉じ込められた。「監禁」の時代である。「監禁」される点では、病人も〈狂人〉も、のちに登場する貴族、政治犯も同じである。当然、監禁された者は、王権によって拘束されていることになり、「人身の自由」という対国家的請求権の典型が形成される。「ヘイピラス・コーパス(habeas corpus)」の誕生である<sup>(18)</sup>。

わが国では、〈狂気〉は憑依と見做されるといことも多く、「悪魔」のなせる業ではなく、狐、犬の霊の仕業である。病人の大規模収容施設はほとんどなく、〈狂人〉は内側、すなわち「家族」によって「監禁」された<sup>(19)</sup>。可視化された施設収容ではなく、家族によって不可視に監禁された。明治期以降、輸入された「権利」も、家族内の不可視の存在に及ぶことはなかった。戦前、可視の存在であった夫婦間、親子間にもまともな権利関係が存在しなかったことを想起すれば、不可視の存在に権利の観点及ばなかったのも不思議ではない。戦後、社会保障拡充の中でも、医療の権利として議論されることはあったが、精神疾患患者、精神障害者の「人身の自由」は捨象されたままであった。

この議論の陥没をうめるためにも、精神疾患患者、精神障害者の「人身の自

由」の議論は不可欠である。特に医療観察法の検討には「人身の自由」の視点は必須である<sup>(20)</sup>。

第三に、精神疾患の患者の地域生活は、医師・医療従事者－患者の関係から生じる、権利、義務、責任という視点だけでは達成不可能な問題である。

地域における医療はこんにちでは国際的に承認されたいわば「公序」である。またわが国は国際人権A規約を批准しており漸進的実現の義務を負っている。批准後40年を経過しなお実現しないとすれば、これは懈怠による義務違反である。

いっぽう、医療の保障は憲法25条が国家に義務として課しているものであり、地域における医療が「公序」である以上、公的責任でこれを実現することは当然といえる。

一般の疾病、傷病であれば、在宅医療・地域医療、通院、入院という手段によって医療は保障され、完結するが、精神疾患は疾病が社会生活の不適合を惹起するという特色があり、在宅医療・地域医療、通院、入院という医療によっては完結せず、生活上の支援という社会福祉との連結が不可欠である。この点でも、医師－患者の関係のみでは、問題は解決できない。

精神疾患患者の地域医療の展開における公的責任については、どのような課題があるのか。

第一に「非自発的入院」に関する課題である。わが国の「医療保護入院」、「措置入院」ともに「非自発的入院」の典型である。ある種の「非自発的入院」については、国際的にも全廃という議論はなく、適正な形で存続させることは、国際基準に照らしても妥当であろう。

大きな問題としては、非自発的入院制度の存在形態そのものについての検討の必要性の有無である。わが国の医療保護入院、措置入院は、精神障害者であ

ることを前提にした、本人の同意なしの医療機関への収容である。同様の制度は多くの国で見られるが、このような制度は障害者の権利条約を中心とする国際規範に照らして、国際規範に反するものであることは既に多く指摘されている。

医療保護入院、措置入院は、「自由で情報を与えられた同意(free and informed consent)」なしに拘束することであり、いかなる場合においても、障害であることが「自由の剥奪」を正当化することがあってはならないとする障害者の権利条約14条1項(b)に違反している。障害者の権利委員会(Committee on the Rights of Persons with Disabilities)は、明白なあるいは診断された障害(apparent or diagnosed disability)と連結した「非自発的入院」を正当化する法規の廃止を条約締結国に要請している<sup>(21)</sup>。また障害の存在に基づく、恣意的なあるいは違法な「自由の剥奪」が、心身に重大な苦痛や被害を与える場合には、拷問禁止条約の適用範囲に入ることになる<sup>(22)</sup>。

障害者の権利条約14条違反の問題と、自傷他害や医療の必要性に基づき非自発的入院制度の調和を図ろうとするアプローチが1990年代以降に提唱されてきた。「統合法(fusion law)」と呼ばれるアプローチは、イギリスのキングス・カレッジ精神医学研究所の医師、George Szmuklerやニュージーランドのオタゴ大学法学部のJohn Dawsonらによって提唱され、障害福祉、精神医療に関する法制度の組み換えを提唱している<sup>(23)</sup>。精神疾患であることを前提にした「非自発的入院」は、仮にそこに自傷他害の危険性や治療の必要性が存在するものであっても、差別を助長するものであり、国際条約にも違反している。入院に合意できない原因は他の障害や疾病でも生じるのであり、意思決定能力の欠缺に関する他の法制と、医療における「非自発的入院」に関する精神衛生法規を融合・統合した法制度を構築することが望ましいとする。

さらに精神医学という領域を法制においても分離することの意味も問われなければならないだろう<sup>(24)</sup>。泌尿器科と耳鼻咽喉科は医学としては別領域だろ

うが、泌尿器科医療法制，耳鼻咽喉科医療法制という分離はない。精神医学の独自性をことさら医学一般と異なる法制とすることの意味は奈辺に存在するのだろうか。この点に関して，WHOは「包括的，統合された，そして応答性の高い精神保健サービスとケアの地域にねざした施設での供給」を2013年～2020年の「行動計画」の目標の一つに掲げている<sup>(25)</sup>。そこでは長期入院の精神科病院ではなく一般的な保健施設でのケアへの移転が推奨されている。

しかし「医療保護入院」を必要とする実態こそが問題なのであろう。わが国の医療保護入院では，症状が顕著になり，家族につきそわれて(警察というケースも少なくない)，精神科病院を受診したが，本人が入院に同意せず，家族の同意により入院したという事例が少なくない。

重症化する前に医療機関と繋がる地域医療・福祉の体制が構築されることが望ましいが，当面それが不可能であれば，医療保護入院の期間を可能な限り短くし，他の入院形態への移行を促進すべきであろう。結局それは，可能な限り軽度の段階で医療機関を受診し，外来で対応する以外にない。

先に検討した人権論からは，医療保護入院を緊急入院とみて，可能な限り初期に司法機関を関与させる，効果的なモニタリングを導入するなどの施策により，人権侵害を防ぐ制度設計が必要であろう。

医療保護入院自体を減らすには，前述の通り初期段階で医療機関の受診を可能とするか，精神疾患の予防が必要となる。予防については，現行，医療保険制度の下では，保険事故が生じていない段階での「予防」を保険対象とすることは容易ではないことや，精神医学が過去に果たしてしまった危険な傾向に鑑みて「予防」には抑制的にならざるを得ない。一方で近年の過労死自殺等を考慮すれば，労働法制の適正化など精神医学以外の施策，政策などで「予防」が可能であることがわかる<sup>(26)</sup>。

また「予防」それ自体が困難であれ，診療報酬によって精神科医の初期介入を「相談」に位置付け，診療報酬体系の操作によって地域での「相談」にイン

センチブを付与することは考え得る。

第二に医療領域の外部を公的責任で整備すること、すなわち福祉施策による精神疾患患者、精神障害者の生活支援である。前述のとおり、精神疾患は医療のみならず社会的不調和を含むものであるとすると、医療の外縁は無限に拡大してしまい、これは現実的ではない。現行制度では、精神障害福祉の福祉サービスも基本的に総合支援法によることになっている。医療の保障は、診療報酬による誘導が可能であるが、福祉領域では医療ほどには誘導策は効果的ではない。また総合支援法は市町村を責任主体としているが、既に障害福祉での地域間の自治体間格差が指摘されている<sup>(27)</sup>。このシステムが精神障害領域でも妥当といえるのか<sup>(28)</sup>。包括的ケアシステムが精神障害領域で有効なのか、それを効果的なものとする公的支援は何であり、十分なのか。精神保健福祉センターは都道府県、政令指定都市には必置であるが(精神保健福祉法6条)、それと総合支援法との整合性またマンパワーの育成など課題は多い。精神疾患患者、精神障害者の地域生活に対する国家責任および地方自治体の責任がいまいちど強く確認されなければならない。

## 註

(1) 医療法(昭和23年法205号)には「医療」に定義はなく、以下の規定がある。

「一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」

(2) 民法学の通説は医療契約を「準委任契約」とする。

(3) 「平成29年度患者調査」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>(最終アクセス2020年11月30日)

(4) WHO., *World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope*, 2001, Chapter 3, etc. 浮ヶ谷幸代「日本の精神医療における「病院収容化(施設化)」と「地域で暮らすこと(脱施設化)」北海道浦河赤十字病院精神科病棟の減床化と廃止の取り組みを中心に」国立歴史民俗博物館研究報告205集(2017年)53頁など参照。

Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities European Commission, *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*, European Communities, 2008は、「施設の文化」として脱個性(depersonalization), 型にはまった手順の固守(rigidity of routine), 集团的処遇(block treatment), 社会的距離感(social distance)を挙げている(p.9)。

- (5) EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*, 2016, pps.10-11.
- (6) 例えば河野正輝「地域社会における生活の支援」日本社会保障法学会編『新・講座 社会保障法2 地域社会を支える社会福祉』法律文化社(2012年)9頁以下など参照。
- (7) Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No.1 (2014), CRPD/C/GC//1, para. 40.  
Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities-Tunisia, CRPD/C/TUN/CO/1 13 May 2011, para. 25.
- (8) European Union Agency for Fundamental Rights FRA, *Involuntary Placement and Involuntary Treatment of Persons with Mental Health Problems*, 2012, p.14.
- (9) Secretary-General, Interim Report of the Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/63/175, 28 July 2008, para.44.
- (10) 精神疾患に関する法制の歴史については、吉田哲彦「日本における精神医療行政と法」松下正明編『臨床精神医学講座22巻 精神医学と法』中山書店(1997年)73頁以下所収、岡崎伸郎「精神保健福祉法体制のあゆみと展望～2013年改正の動向を含めて」仙台医療センター医学雑誌3号(2013年)12頁、山本起世子「優生および精神衛生政策の展開と精神障害者の処遇の変遷—1900年代～1950年代の日本において」園田学園女子大学論文集50号(2016年)1頁、以下参照。また精神疾患に対する近世・近代の処遇施設につき、小俣和一郎『精神病院の起源』太田出版(1998年)、同『精神病院の起源近代篇』太田出版(2000年)、橋本明編『治療の場所と精神医療史』日本評論社(2010年)をも参照。精神病患者監護法については、宇都宮みのり「精神病患者監護法の「監護」概念の検証」社会福祉学51巻3号(2010年)64頁以下など参照。
- (11) 精神病院法については、宇都宮みのり「大正8年精神病院法の立法提案とその議論」金城学院大学論集・社会科学篇8号(2011年)1頁以下など参照。
- (12) 精神衛生法については、吉川武彦「法制度からみた精神保健福祉の変遷—精神保健福祉法の制定の背景を探る—」医療 Vol.52 No.4(1998年)219頁以下など参照。
- (13) 「精神衛生法は、基本的には精神病患者監護法と精神病院法を合体させながら、日本国憲法の精神にそって作成された」とする指摘として、藤野ヤヨイ「我が国における精神障害者処遇の歴史の変遷—法制度を中心に—」新潟青陵大学紀要5号(2005年)

201頁以下, 205頁。

- (14) 大谷寛「精神障害者をめぐる法と人権」同志社法学71巻3号(2019年), 287頁
- (15) Annual Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General, Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities A/HRC/10/48, 26 January 2009, paras 48-49.
- (16) ヨーロッパの精神医学の歴史については, John Cookson, A brief history of psychiatry; Andreas Marneros, Psychiatry's 200th birthday, *The British Journal of Psychiatry* 193, (2008)1-3など参照。
- (17) ミシェル・フーコー [著]/田村俣訳『狂気の歴史: 古典主義時代における』新潮社(1975年)など参照。
- (18) 「ヘイピアス・コーパス(人身保護令状)」と人権の誕生について竹中勲「精神医療と人身保護請求」*ジュリスト*840号(1985年)52頁以下参照。
- (19) 小田晋『日本の狂気誌(増補新装版)』思索社(1990年), 加藤哲実「習俗論から見た精神医療と法」*明治大学社会科学研究所紀要*34巻2号(1996年)295頁以下など参照。
- (20) 医療観察法につき町野朔編『精神医療と心神喪失者等観察法』有斐閣(2004年)など参照。
- (21) 所浩代・北岡大介・山田哲・加藤智章『会社でうつになったとき 労働法ができること』旬報社(2014年)など参照。
- (22) the Secretary-General, Interim report of the Special Rapporteur on Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, A/63/175. 28 July 2008, para. 65.
- (23) Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Consideration of Reports submitted by States parties under article 35 of the Convention; Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities-Spain, CRPD/C/ESP/CO/1 19 October 2011, para. 36; Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Consideration of Reports submitted by States parties under article 35 of the Convention Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities-Tunisia, CRPD/C/TUN/CO/1 13 May 2011, para. 25.
- (24) Szmukler G, Holloway F., Mental health legislation is now a harmful anachronism, *Psychiatric Bulletin* 22, 1998, pps.662-665; Dawson J, Szmukler G., Fusion of mental health and incapacity legislation, *British Journal of Psychiatry* 188, 2006, pps.504-509; Szmukler, G., Daw, R., & Dawson, J., A Model Law Fusing Incapacity and Mental Health Legislation, *Journal of Mental Health Law* 20, 2010, pps.1-140.;



George Szmukler, Rowena Daw, Felicity Callard, Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *International Journal of Law and Psychiatry* 37, 2014, pps. 245-252.

- (25) WHO., *World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope*, 2001, p.89.なお障害者自立法制定時により三障害が単独法に包摂された時点で、精神保健法の本体部分を「医療に純化する」ことを支持する見解もあった。岡崎伸郎「精神保健福祉法体制のあゆみと展望～2013年改正の動向を含めて～」仙台医療センター医学雑誌 3号(2013年)12頁以下所収、16頁参照。
- (26) WHO., *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013, pps.14-15.
- (27) 茨木尚子「市町村による障害者支援：ポスト障害者総合支援法の課題」社会保障研究 1 卷 4 号(2017年)、762頁以下参照。
- (28) 茨木尚子「障害者自立支援法から総合支援法への道程と総合支援法の課題—「頓挫」したその先をどう変えられるか」福祉労働139号(2013年)12頁以下、佐藤久夫『共生社会を切り開く—障害者福祉改革の羅針盤』有斐閣(2015年)など参照。
- 例えば退院促進事業等は「地域移行支援」、「地域定着支援」と変更になった。栄セツコ「精神障害者の地域生活支援—障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察」桃山学院大学総合研究所紀要34巻1号(2008年)57頁以下、加藤真規子「障害者総合支援法で精神障害者の地域移行・地域定着支援は進むか」福祉労働139号(2013年)56頁以下、横倉聡「高齢入院精神障害者の地域移行・地域生活支援について—養護老人ホームに入所している高齢精神障害者支援の現状と課題を中心に」東洋英和大学院紀要16号(2020年)59頁以下などを参照。