

---

## 精神保健福祉法体制からの転換に向けた意見書

---

### はじめに

日本において精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）は、精神保健医療福祉活動全般の規範となる法律である。この法律の特徴は、精神障害者を対象として非自発的入院や行動制限などの特別な手続きを用意している点にある。

日本病院・地域精神医学会の特徴は、多職種が意見を交わし、精神障害当事者や家族の参加を得て利用者側の理論との整合、確認を丁寧におこなってきたところにある。利用者側の理論を反映した障害者の権利に関する条約（以下、障害者権利条約）では、複数の条文で精神障害を理由とした非自発的入院制度の廃止が求められており、日本国憲法（以下、憲法）においても適正手続（第31条）等の関係で違法・違憲であるとの指摘がある。その意味では、精神保健福祉法の存在を前提とした供給体制は、精神保健福祉法の廃止を通じて見直されなければならないだろう。

とはいえ、精神保健福祉法の廃止後のビジョンが示されないままスローガンの“精神保健福祉法廃止”を掲げていても無意味である。法律の廃止を通じて精神医療の実情をどのように変更させる必要があるのか、精神保健福祉法廃止後のビジョンを一定程度示す必要がある。とくに精神科領域で言われてきた非自発的入院の必要性／不要性それ自体、あるいはこれを精神科領域に限局することへの正当性自体を見直し、再考することが求められる。

### 1. 精神保健福祉法体制の問題点

#### (1) 治安的要請の問題

もとより、精神障害者は根深い偏見により犯罪素因者のごとく扱われてきた。精神保健福祉法は、こうした偏見を否定せず、むしろ引き入れる形で運用されている点で大きな問題が認められる。

措置入院制度には、制度に内在した問題により、構造的に社会防衛を内包してしまっている。未来予測は、科学を持ってしてもなお不可能な領域とされている。ところが措置入院は、精神保健指定医が「おそれ」を見立てられると仮定して成り立っている。それでも完全に他害等を防ぐことはできないため 他害等が起きたときには未来予測が可能であるという建前に立脚した責任が発生する。すると、「なぜ他害を防げなかったか」との論点が生起し、治安的機能を引き入れる形で再発防止策が繰り返行われていくことになるのである。

また、医療保護入院は、精神保健指定医1名の判断と家族等の同意さえあれば簡単に非自発的入院にできてしまうため、しばしば家庭内で生じたトラブルを病気の問題にしてしまうことで社会防衛的な運用の隠れ蓑にされてしまうこともあった。任意入院制度も、入院時は任意（積極的に拒絶していない状態を含む）であるのに、退院時は必ずしも任意ではない

ため、他の非自発的入院と同じように社会防衛的な運用の隠れ蓑にされることがあった。

## (2) 他の者との不平等の観点からの問題点

障害者権利条約の趣旨は、障害者に新たな権利を追加することではなく、障害者にだけ認められてこなかった人権を他の者と平等な水準にまで押し上げようとするものである。精神保健福祉法の非自発的入院及び行動制限は、自由権規約の範囲で医療の名のもとに必要な悪として一部許容されてきたきらいがあるが、障害者権利条約は社会モデルという異なる規範を打ち立てて従来自由権規約の解釈にまで抜本的な変更を与えた。このことは、精神保健に求められる人権の国際的な水準が一層、患者中心のものに変わってきたことを意味する。精神保健福祉法の非自発的入院及び行動制限は、精神障害者であることを要件としている点で障害を理由とした医療同意能力の不平等（12条）、障害を理由とした人身の自由の剥奪（14条）、障害を理由とした同意のない医療（15条、25条）、障害を理由とした不可侵性の侵害（17条）、障害を理由とした地域生活の制限（19条）ほかの障害者権利条約の趣旨に違反するものである。

また、このように精神障害者だけをカテゴライズして特別な枠組みに入れることは、精神障害者に対する偏見を助長し、(1)の問題と相まって精神障害者を危険視する風潮を作り出している点で特に留意する必要がある。

## (3) 適正手続の観点からの問題点

国民の基本的な人権は日本国憲法の条文に根拠を置くものであり、憲法に違反する法律は速やかに廃止されなければならない。第59回総会において精神保健福祉法の非自発的入院及び行動制限は、日本国憲法第31条の適正手続に違反するとの学説が根拠的に展開された。これにより適正手続の観点から実態も含めて人権上の問題が生じていることが示唆された。

## (4) 医療経済及び実体的な観点からの問題点

第59回総会においては、精神科病院における処遇、長期在院、非自発的入院の増加、隔離・拘束の増加などの問題が指摘された。最少化されるべき侵襲性の高い治療・処遇が増加傾向にあり、歯止めがかかっていないのは、病院職員の意識の問題だけにとどまらず、制度や構造に起因する問題も大きいのである。救済制度として期待された精神医療審査会は、ほとんど機能不全状態に陥っており、実効性のある救済制度は十分に担保されていないままである。

また、第60回総会においては、精神保健指定医に権限が集中していることの問題が指摘された。特定の立場に権限を集中させる制度設計は、性善説に依拠するため権限を有する人物の資質によって良くも悪くも変わってしまう。実際の場面では、精神保健指定医が社会防衛的な要請に応じてしまう場合があるため、その場合は社会防衛的な運用を帰結してしまう。

ただ、こうした社会防衛的な要請は、制度と医療経済によって方向づけられている部分が大きく、精神保健指定医個人の意識だけではどうにもできない問題であることへの留意が必要である。

#### (5) 当事者の声

非自発的入院は、本人の意思によらない処遇になるため、医師と患者の信頼関係を壊し医療不信に陥らせることがある。精神保健福祉法の入院制度は、そもそも本人に入院をしない／退院する、という確実な選択肢を与えていない。措置入院、医療保護入院は非自発的入院であるため、本人の意思など反映する余地もない。任意入院についても入院時に本人が入院拒否したら医療保護入院に切り替える運用がなされており、また、任意入院者が退院の申出をした場合も同じように医療保護入院に切り替える運用がなされることがある。精神科病院から逃げ出すことがあれば、「無断離院」などとよばれ捜索願が出され警察が出動することもまれではない。医師の判断が直接入院を帰結せしめるような制度構造に対して当事者にはまったく抜け道が用意されていないのである。まさに入院させられた当事者たちは、この法律の前になすすべもないといった感覚に陥るのである。当事者たちにとっては、精神保健福祉法の撤廃によってしか自分たちの生活の実情を変えることができないのである。

#### (6) 認知症施策について

現在、精神保健福祉法は、当初想定された精神障害を越えて適用されており、特に認知症への入院治療においていろいろな矛盾が出てきており再考と別の枠組が必要と思われる。

## 2. これまでの改善方策

### (1) これまでの改善方策の枠組みの課題

これまで実態を改善するための方策は、精神科病院に患者の処遇改善をおこなわせ、行政等がそれを監視する仕組みがほとんどであった。例えば、宇都宮病院事件をうけて実地指導制度が設けられたし、1987年改正時には、医療側の処遇実態を審査する精神医療審査会制度や入院にあたって医師が本人に説明し書面で同意をするなど医療側への手続きが設けられた。このように精神科病院に対する規制強化と手続きの厳格化で対応してきたことがわかる。

これまで精神科病院に対する規制強化と手続きの厳格化で対応してきたが、改善方策としては十分とは言えない状況が続いてきた。こうした枠組みは、精神科病院側に対応を求めらるものであり、患者の位置づけが客体の域に留まる点で特徴的であった。言い換えれば、患者を主体と捉えて患者の訴えを裏付ける制度の提案はほとんどされてこなかったことになる。精神科病院の問題は、精神科病院だけで改善できない問題を多く含んでおり、全く別の枠組みで精神障害者が使いやすい制度を構想する必要がある。すなわち、規制強化・手続き厳格化ではなく権利擁護の枠組みに転換することが求められるのである。

## (2) 精神科病院に対する他科にはない病院を規制するための制度

精神保健福祉法は、さまざまな歴史的な影響のもと、他科にはない仕組みがいくつか存在する。これらの制度は、十分に機能しているかどうかはさておき、評価できるものは残し、廃止すべきものは廃止するといったかたちで整理していくことが求められる。

### ① 第37条第1項大臣基準及び実地指導

第37条第1項大臣基準では、通信制限、面会制限、開放処遇制限、隔離、身体拘束等の処遇を規定しており、他科では特に基準が設けられていない処遇についても条件が限定化されている。また、それらが適正に実施されているかを行政の目を入れることで評価、指導する体制も組み立てられている。そして、これら一連を通じて処遇に係る実態把握を可能としている点も特徴的である。

### ② 精神医療審査会

精神医療審査会制度は、非自発的入院者が都道府県知事に退院等を請求した場合、又は、入院者が都道府県知事に処遇改善の請求をした場合に、専門家委員で構成される精神医療審査会が入院処遇の妥当性を判断する制度である。また、同審査会は、医療保護入院者の病状の定期報告についても審査をおこなうこととされている。非同意の医療に対して法律に基づき多職種で審査する点で特徴的である。

### ③ 入院形態

1987年改正時に同意入院制度が改正され、以降の入院形態は任意入院、医療保護入院、措置入院の3類型を基調とする制度へと変わった。国は、3類型ごとに入院者数の統計をとっており、非同意の入院実態を一定程度把握し得てきた。

## 3. これからの改善方策～精神保健福祉法体制からの転換に向けて

### (1) 基本的な考え方

部分修正を重ねたところでは、これらの問題の解決に至ることはないだろう。そのため、精神保健福祉法体制から別の体制へと転換させていく必要がある。具体的には、精神医療を一般医療へ、精神保健を地域保健へ、精神障害者福祉を障害福祉と労働法制へと、既存領域にそれぞれ振り分け、精神保健福祉法体制の解消を目指すべきであると考えられる。また、振り分け作業にあたっては、医療基本法を制定し患者の権利の基礎となる法規範を定め、その上で具体的な患者の権利法を独立した法典として制定していくことが必要である。

### (2) 行政改革

精神医療を一般医療へ、精神保健を地域保健へ、精神障害者福祉を障害福祉と労働法制へと、既存領域にそれぞれ振り分けるにあたっては、厚生労働省設置法を見直し、医療は医政局の所轄へ、保健は健康局の所轄へ、そして福祉は障害保健福祉部の所轄へとそれぞれに振り分けて精神・障害保健課を廃止にする。また、厚生労働省精神・障害保健課を解消した後の精神障害者施策全体の統括は、内閣府共生社会政策統括官（共生社会政策担当）が行なう

こととし、障害当事者の参画による障害者政策委員会のもとで政策評価されるように行政改革をしていく必要がある。同時に、現時点で内閣府障害者政策委員会において、精神障害者、知的障害者が委員になっていない状況は早急に改善されなければならない。

### (3) 一般医療への統合

#### ① 入院医療における医療同意

医療同意とは、侵襲への同意のことである。医療同意は、侵襲行為の正当化に必要な要件のひとつとされており、医療行為に基礎を与えるものである。また、医療同意が求める能力の程度は、侵襲を理解できる程度とされている（札幌地裁昭和53年9月29日判決・判タ368号132頁，判時914号85頁）。なんらかの理由で同意を得ることが困難な場合の侵襲の違法性阻却は、緊急避難の法理による。緊急避難は、他に方法がない場合で（補充性要件）で、介入をしなかった場合よりも結果的に利益があると認める場合（法益権衡要件）の二つの要件を満たすことで成立する。これに加えて、法益の観点から特別法によって同意のない医療を限定的に定めている。例えば、精神保健福祉法に定める非自発的入院などがそうである。しかし、精神保健福祉法に定める非自発的入院は、緊急避難法理に基づく運用のみを正当化するわけではなく、精神保健福祉法に定める手続き要件さえ満たせば正当化されることになっており、緊急避難の法理の実体の検証に不向きな制度設計になっている。

これまで非自発的入院が開始されてきた場面は、疾病だけに原因を帰属できない状態であるのにそうされてきたこと、活用可能な資源がないこと——例えば病院職員が少ないため説得できないなどを含む——との相互作用という前提条件によるところが大きいと思われる。そのため大部分は、活用可能な資源を充足すること（補充性要件）を徹底させれば非自発的入院を回避でき、また、原因が疾病以外にある場合は医療によって解決されないため非自発的入院によるべきではないということができる。純粋に代替不可能な場合にのみ非自発的入院のいわゆる“必要性”があるわけであり、それ以外は、本来の医療の役割とは異なる運用に過ぎないことを指摘しておかなければならない。

同意のない医療開始自体は否定しないが、同意のない医療開始を正当化する上で、非自発的入院制度は本来の医療とは異なる運用に影響を受けやすい点で失敗している。そのため、他の疾患同様に医療法に基づく運用が志向されることと、そうした場合に患者の権利を担保するための法規範が必要とされる。

#### ② 入院医療中心の見直し

通常、入院医療は通院医療で代替できない治療に対しておこなわれるものでなければならない。通院医療で対応できるものを、わざわざ入院医療で対応することは、健康保険原理から考えても決して推奨されるものではない。

そもそも精神科医療において入院医療でなければできない治療は限定されている。しかし、実際には入院医療に対する過大な期待を背景に入院中心主義と言われるような状況を少なくとも法律が推奨し帰結せしめている。例えば、現在の精神科救急の制度体系・報酬体

系などがそうである。

とりわけて、わが国の精神病床数は突出して多いが、1963年の精神衛生実態調査の「要收容」数の病床数に近いものを維持しており、地域医療でなく病院偏重の体制となっている。また、病棟ありきの精神科医療においては、例えばアウトリーチの場合だと入院させるための刈込のようになってしまうおそれがある。このように入院医療中心主義は、精神科医療全体の健全化を損なわせており、病床削減を通じた供給体制の改変が求められる。

### ③ 患者の権利を担保するための法規範

改善方策の形体を「病院側への規制強化による改善」と「患者側の権利救済制度の整備による改善」にわけた場合、これまで後者の改善方策はほとんど手つかずであった。

他方で精神保健福祉法には、精神科病院に対する他科にはない病院を規制するための制度が設けられており、実際に機能しているかどうかはさておき、一定の評価をしてよいものがいくつかある。こうした評価できる制度については、基本的に残していく方向性を確認する。しかし、そのまま残したのでは、実効性が担保されない可能性が高いため、患者の権利の法体系の中に再編されることで位置付け直されることが必要である。

具体的には、医療基本法を制定し患者の権利の基礎となる法規範を定め、その上で具体的な患者の権利法を独立した法典として制定していくことが求められる。

### ④ 治安・社会防衛を目的とした医療の廃止

医療観察法のような治安・社会防衛を目的とした医療制度は、医療を目的とした制度として、再構築していく必要があると考える。なお、重大な他害行為の防止は目的そのものではなく、医療の結果として重大な他害行為の防止に至るとする立論や患者の功利の中には重大な他害行為の防止も当然に含まれるとする立論は、“医療”と“重大な他害行為の防止”が連関しているため、治安・社会防衛のための医療と説明されるものと等しいものと考えて差し支えないだろう。

### ⑤ 精神科特例の廃止

昭和33年厚生事務次官通達（発医第132号）いわゆる精神科特例は、精神科病院を特殊病院と規定し医師、看護師数をいわゆる一般医療よりも少なくしてよいとしたが、現在でも引き続き精神科病院はいわゆる一般医療を下回る人員基準で運営されており、このような差別的な特例の誤りを認め、同一の基準での医療が実現すべきである。

## (4) 地域保健への編入

今日の精神保健は、こころ健康、自殺対策、依存症対策、予防、自助組織の育成（家族会、患者会、断酒会、発達障害、自死遺族など）、職場のメンタルヘルスなど取り組みが多岐にわたる。精神保健に対して総じて言えることは、社会防衛的な要請を受けた運用が散見されることと、そういった事態に対してほとんど歯止めがかかってこなかったことである。この点については、一般地域保健への編入を通じて解消される必要がある。

また、自殺対策は、そもそも自殺というものが精神保健上の問題だけでなく、経済的要因

やいじめを理由としたものなど多岐に渡ることから、自殺に特化した保健ということではなく、丁寧な相談支援や地域保健活動の実践を通じて自殺を回避していく必要がある。

加えて、精神保健福祉相談員制度や精神保健福祉センター制度についても地域保健への編入の中でいかなる位置づけを得ることができるのかについて考えていく必要がある。

## (5) 障害者福祉への改変

### ① 精神障害者の定義と精神障害者保健福祉手帳

精神障害及び精神障害者の法律上の定義は、現行法上の定義によるべきだと考える。すなわち、障害の定義は、機能障害と社会的障壁の双方とし（障害者基本法第2条）、精神障害者の定義は、すべての精神疾患とする（精神保健福祉法第5条）。精神障害者の定義は、精神保健福祉法によらずとも難病のように障害者総合支援法で直接的に定めることができる。

また、精神保健福祉手帳制度は、税額控除、公共施設利用の割引、公共交通の割引などの利用に不可欠であるが、「精神保健福祉手帳制度」というかたちでなければならないわけではないため、高齢者の福祉パスや身体障害者、知的障害者の手帳と統合するなど包括的な制度への改変が必要と考える。

### ② 障害者総合支援法

既に社会復帰事業は、障害者自立支援法（現在の障害者総合支援法）に移行した。これを更に障害者総合支援法の枠内で実施されるよう調整を図り、障害種別で利用できたり／できなかつたりする制度をニーズ中心の制度に改変していく必要がある。また、制度によっては、医師意見書の提出を求めるものがいくつか存在するが、福祉は福祉で独立した価値規範でサービス量の算定をすべきであり、医療からの独立に向けた仕組みが求められる。

### ③ 虐待防止

障害者虐待防止法を見直し、精神科病棟内での虐待を通報義務の対象とすることで、病院内の風通しをよくする必要がある。