

精神障害者の権利擁護システムの研究

—精神医療審査会の機能と今後の課題—

大曾根 寛¹⁾・深谷 裕²⁾

Human Rights Protection Systems for People with Mental Illness

—Functions and Challenges of the Psychiatric Review Board—

Hiroshi OHSONE, Hiroi FUKAYA

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine current functions of the psychiatric review board and to identify its problems. Due to the implementation of the Mental Health Law in 1987, the psychiatric review board was created in order to protect human rights of people with mental illness. Since its legislation, various systems around people with mental illness have been changed dynamically, so the re-examination of the functions of the psychiatric review board is necessary now.

For instance, the Basic Law for Persons with Disabilities was established in 1993. Also, the Mental Health Law was amended in 1995. Couple of years later, Certified Psychiatric Social Workers Law was established. As well, the Guardianship Law was put into effect in 2000 at the time of the legislation of the Long-Term Care Insurance Law. In June of 2000, eight laws on welfare services were enacted and later, decentralization was started. Accordingly, social welfare systems have come to the turning point. In this article, the authors reviewed roles of the psychiatric review board, as well as human rights protection systems for people with mental illness in a comprehensive manner.

要旨

本研究は、1987年の精神保健法成立によって、精神障害者の人権を守るために設置された精神医療審査会が17年経過した現在どのように機能しているかを調査検討し、今後の課題を明らかにすることを目的としている。精神保健法成立後、関連する制度は大きく変容しており、精神医療審査会のあり方も再検討の時期に来ている。

たとえば、1993年に心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正され、95年には精神保健法が精神保健福祉法となり、97年に精神保健福祉士法が制定された。さらに、2000年4月には介護保険法が実施されるとともに成年後見立法が施行され、ほぼ同時期の同年6月には社会福祉基礎構造改革関連八法が成立し、その後、市町村への分権化も進み、社会福祉の制度は大きな転換点を迎えることとなった。

このような流れの中で、精神障害者のための権利擁護の視点から、精神医療審査会の役割、その後展開してきた権利擁護のシステム・方法を総合的に見直してみた。その結果、現行の制度が抱える問題を整理し、今後の方向性をいささかなりとも指し示すことができたと考えられる。

I. 本研究の問題意識

1. 本稿の目的

本研究は、1987年の精神保健法成立によって、精神

障害者の人権を守るために設置された精神医療審査会が現在どのように機能しているかを調査検討し、今後の課題を明らかにすることを目的とする。精神保健法成立後17年が経過し、関連する制度は大きく変容しており、精神医療審査会のあり方も再検討の時期に来て

¹⁾ 放送大学教授 (「生活と福祉」専攻)

²⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 社会復帰相談部

いると言わざるをえない。

1993年に心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正され、95年には精神保健法が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、本稿では「精神保健福祉法」、あるいは単に「法」という）となり、97年に精神保健福祉士法が制定された。さらに、2000年4月には介護保険法が実施されるとともに成年後見立法が施行され、ほぼ同時期の同年6月には社会福祉基礎構造改革関連八法が成立し、その後、市町村への分権化も進み、社会福祉の制度は大きな転換点を迎えることとなった。

このような制度転換の動きは現在でも続いており、2004年10月には、厚生労働省から「今後の障害保健福祉施策について」（改革のグランドデザイン案）が示され、2005年の立法改定に向けた方向性が提示された。これは、福祉法制改革の一環であるが、精神障害者の福祉サービスだけでなく、保健・医療にも大きな影響を与えるであろうことは想像に難くない。

このような流れの中で、精神医療審査会（以下、「審査会」）の役割もまた見直される段階に入っており、精神科医療および社会福祉における権利擁護の視点から、現行の制度が抱える問題を把握し、今後の対応策を描き出す必要がある。このための第1ステップとして、今年度は現状を把握するとともに、これから調査研究を進めるにあたっての論点の整理をすることとした。

とりわけ、本稿では、①審査会の質的機能の問題および②現代の権利擁護システム総体の中における審査会の位置の問題に焦点を当てることとした。そして、これらの検討を通して、③措置から契約へとというスローガンの下に大きな変動の時期に入っている社会福祉法制の展開（特に権利擁護システムの形成）が、すでに措置から契約へと重心を移したはず（1987年法）の精神科医療および福祉に、いかなるインパクトを与えるのかを検証することとした。

このために、今回は、審査会の委員（委員経験者を含む）、行政の担当職員、関係団体の役員の方々など20名以上からヒアリングをさせていただき、多くの情報と知見を得ることができた。この論文を脱稿することができたのは、初歩的な質問にもわかりやすくお答えいただいた協力者のおかげであり、深く感謝申し上げる次第である。

ちなみに、ヒアリング項目は、下記の通りである。

- 1) インタビュー対象者の所属施設および組織の概要
- 2) 審査会委員である場合は、①委員としてのキャリア、②審査会の構成、組織、開催頻度等、③審査会の現時点における実際的な機能と役割、④審査会の機能や役割の歴史的变化、⑤審査会と他機関との関係、⑥審査会と他の権利擁護制度との関係、⑦他地域の審査会活動との比較、⑧今後の課題等

- 3) 審査会委員でない方の場合は、審査会の現状と課題についての自由な意見および見解（医師、PSW、弁護士、行政職員を対象とした非構造化面接による）を伺った。

2. 先行研究のレビュー

障害を特定せずに論じられた障害者の人権一般に関するいくつかの書籍の目次に目を通すと、知的障害者および身体障害者の権利擁護に紙面が多く割かれており、精神障害者の権利擁護については、前記2障害と比較すると明らかに少ない傾向がうかがえる。

一方、近年執筆された精神保健福祉に関する論文の多くが、精神障害者の「人権」や「権利擁護」の重要性を指摘している。特に社会福祉関係の論文にその傾向が強く、精神障害者の人権擁護は、その専門性がいまいになりがちな精神保健福祉士の「専売特許」的な存在になっているように見受けられる。

これまでに発表された精神障害者の人権擁護に関する文献に目を通すと、それらは入院時に関係する権利擁護と、地域生活に関係する権利擁護の、大きく2つに分けられることがわかる。

(1) 入院時および入院中の権利擁護

措置入院や医療保護入院等、患者本人の意思に反して入院を余儀なくされるケース（本稿では、以下「非自発的入院」という）があり、それにともない、入院や入院中の処遇に関連して、精神障害者の人権を侵害する可能性が指摘されてきた。具体的には、長期間にわたり閉鎖病棟に入れられている、外出に不当に制限が設けられている、外部との接触が絶たれているなどの問題が考えられる。

精神科入院医療をモニターする機関としては、精神医療審査会制度、医療法（25条、26条）に基づく医療監視、さらに近年では人権センター活動やオンブズパーソン制度などのNPO活動も加わっている。

精神科病院への入院や入院中の処遇にともなう主に医療面での患者の権利擁護機関として機能している主たるシステムが、精神医療審査会制度である。審査会についての先行研究の数は多くはなく、代表的なものとしては山崎らが厚生労働科学研究として2001年から2003年にかけて行った調査がある。この研究では、精神医療審査会の現状と課題の把握を目的に、各都道府県の精神医療審査会を対象にアンケート調査を実施した。審査会の詳細については、これらの調査の結果に基づき後述する。

入院時の権利擁護については、その他に大都市の精神医療人権センターが活躍している。精神医療人権センターは、患者や家族からの訴えや相談に基づき、実際に病院を訪問して患者に面会し、問題への可能な対処方法をアドバイスしたり、精神医療審査会への申請手続きを援助したりする（里見、2001）。たとえば、東京精神医療人権センターは、PA（Patient Advocacy）の活動に取り組んでいる（小林、1997）。

また、大阪精神医療人権センターは、精神医療オンブズマンの運営（山本、2004）や、患者・家族等を対象とした相談業務（里見、2001）を行っている。これらの機関への訴えとしては、入院時や入院中の処遇にかかわる権利侵害に関することが多いことが報告されている（里見、2001）。

つまり、患者やその家族が人権センターへ相談し、センターの支援を受けて精神医療審査会へ申請をするという流れがあり、人権センターが個別の処遇について直接的に医療機関に改善を求めることは少なく、あっても影響力は限られていると考えられる。

これとは別にむしろ、利用者の視点から精神病院全体としての評価を実施し、質的向上を図る取り組みを実施している場合がある。第三者的視点から病院の機能評価を実施する機関として唯一存在するのは財団法人日本医療機能評価機構であるが、日本精神病院協会加盟病院のうち、2003年7月までで認定率は6.24%となっている（神、2004）。評価機構による審査には、かなりの金額を要し、その他いくつかの問題点も指摘されている（詳細は「日本精神科病院協会雑誌23（6）」特集号を参照）。このような病院オンブズマンや第三者機関による病院機能評価については、制度的に導入する必要性が指摘されてはいるが、実際に導入している例は大都市に限られており、その効果についての報告は現時点ではなされていない。

上記に加え、入院中、そして地域生活の両方を通して精神障害者の権利擁護に関わる制度が地域福祉権利擁護事業および成年後見制度である。地域福祉権利擁護事業は、社会福祉協議会が実施しており、2000年の社会福祉法施行により第二種社会福祉事業の1つである「福祉サービス利用援助事業」として法定化された。東京都社会福祉協議会を例に挙げると、精神障害者に関わる相談のうち、相談者は精神障害者本人（54%）、その家族や親類（26%）、行政機関（5%）と多岐にわたり、相談内容も日常生活問題から法律問題までさまざまであるが、施設における処遇の相談は比較的少ない（木村、2004）。

(2) 地域社会における権利擁護

社会復帰施設における処遇の問題や人権擁護に関わる活動としては、たとえば前述の大阪精神医療人権センターが運営する精神医療オンブズマンは、社会復帰施設も対象に含んでいる。また、福祉分野に限定した活動としては、福祉オンブズマンがある。福祉オンブズマンは法制度上の名称となっているわけではなく、各地域でNPOやNGOとして活動しており、代表的なものとしては、湘南福祉オンブズマンなどがある。これらの福祉オンブズマンは、社会福祉施設における権利侵害を防止し、さらに利用者の人権侵害の訴えに対応しようとしている。

しかし、高齢者や知的障害者等の施設を対象とした福祉オンブズマンは近年では増加傾向にあるようだが、精神障害者向けの施設を対象としたオンブズマン

はそれほど多くはなく、高齢者や知的障害者施設を主たる対象とするオンブズマン団体が、付加的に精神障害者施設での権利擁護にも取り組むという形態が多いように見受けられる。これらの機関・団体の課題として、制度化されていないために財政基盤が脆弱であるということと、相談件数に匹敵するスタッフが十分確保しきれないという点等が指摘されている（上田、2001）。

これに類似して、東京都は精神障害者社会復帰施設を対象とした福祉サービス第三者評価システムの試行事業を実施しているが、あくまで試行段階であり、今後改善していくべき課題が多いという（山野、2004）。一方、福祉サービス一般における第三者評価システムについては、積極的に導入していく動きもあり、厚生労働科学研究でも「第三者評価基準及び評価機関の認証のあり方に関する研究会」が実施され、2004年5月には「福祉サービス第三者評価事業に関する指針」が作成されている。

さらに、2000年の社会福祉法改正により、知的障害者および身体障害者の社会福祉事業および精神障害者の社会復帰事業に苦情処理手続きを設けることが規定され、近年では精神障害者の社会復帰施設でも苦情処理機関を置く動きが見られているが、実際に実施している精神障害者社会復帰施設は多くはなく、すべての施設に行きわたってはいないと思われる。また、同法83条の規定により、都道府県社会福祉協議会に運営適正化委員会が置かれ、社会福祉法が規定する社会福祉事業において提供されるすべての福祉サービスに関する苦情に対応していることに留意しておきたい。

(3) 先行研究からみえてくる問題点

精神医療審査会についての山崎らの研究では、人権侵害事件が一部の悪徳病院に局限して起こる特異的な事件ではなく、慢性的なスタッフ不足や精神科病院情報の非公開、職員の人権意識の未熟性などのいくつかの構造的要因ゆえに、どんな精神科病院においても起こりうる構造的なゆがみに起因することが指摘されている（山崎、2001）。であるならば、患者の福祉的側面に主として関わるPSWが少なく、入院期間が短縮化され、一人一人にかかわる時間が短くなれば、患者との信頼関係を確立する十分な時間が取れず、さらに社会資源の発掘や施設の特徴やそこで働く職員等に関する情報収集等に割く時間も短くなり、その結果、福祉的な側面での不十分な対応ないし人権侵害が起こる可能性も高くなるのではないだろうか。

一方、入院期間の短縮化に呼応して、入院ではなく通院で対応するというケースも今後ますます増えると予想される。近年ではデイケアサービスの利用者が急増傾向にある。具体的には、2000年と比較して2002年では2割の増加が見られる（精神障害者の地域生活支援のあり方に関する検討会報告：2004年7月）。疾病と障害を併せ持つ精神障害者の多くは、通院をしながらデイケアを利用したり、小規模作業所や社会復帰施設

設を利用している。さらに、精神障害者の中にはデイケア、小規模作業所、地域生活支援センターや、グループホームといった地域の社会資源をまったく利用せず、通院による医療を受けるのみの者も多いと考えられる。このように、入院ではなく通院という形で医療機関と接触がある場合、医療機関で発生する人権侵害はどのようにして発見されていくのだろうか。

入院中の精神障害者の人権を擁護するシステムとしては、前述の通り精神医療審査会、精神医療オンブズマン、第三者評価などがあるが、そのどれをとっていても医療に関わる人権侵害が主たる対象となっている。また、精神医療審査会によってはカバーしきれない人権侵害は、精神医療オンブズマンなどのNPO団体の活躍が期待されるが、それは大都市に限定されており、全国的に広まることは容易ではないだろう。また、これらの機関は制度化されておらず、権限も明確でないために、医療機関へ具体的な改善請求をしても、その効果には限界がともなう。

そこで次章では、本章で登場した精神障害者に対する現行の人権擁護制度を類型別に検討し、そこから見えてくる課題をより明確に示すことにする。

II. 精神障害者の権利擁護の現状

1. 契約化・市場化と利用者の権利

本節では、各論に入る前に、まず1990年代の状況に目を転じて、精神保健法から精神保健福祉法に至る流れを踏まえ、2000年の諸改革が示す方向を考えてみよう。

本研究が仮定しているように、精神保健福祉分野における改革が、介護保険や社会福祉基礎構造改革が示す方向と同一方向を見据えているのであれば、1980年代に精神病院への精神疾患患者の隔離収容が問題となったのとは異なる位相において権利擁護の論点は新しい検討課題となってくるだろう。

たとえば、在宅医療・在宅福祉は、現代の社会政策のキーワードである。精神障害者の在宅復帰も盛んに語られている。しかし、同時に、市場経済との関連では、在宅福祉は、日本経済を活性化させる触媒としての役割も期待されている。なぜなら、年金を受給し、金銭等の財産をもつ在宅の障害者は、産業社会にとって、商品の有力な買い手でもあり、あるいは就労可能であれば労働市場における労働力にもなりうるからである。

このようにして、巨大な消費市場と労働市場を形成しうるはずである。このような市場の1つとして医療市場・福祉市場があり、基本的には契約によってコントロールされていくことになるのである。

1990年代に政府から提案された各種のレポートや計画——たとえば「21世紀福祉ビジョン」(1993年)など——は、そのことをすでに行間に匂わせていたし、介護保険法から社会福祉基礎構造改革に至る一連の福祉政策は、経済政策としての側面をもたされていたと

評することもできる(大曾根、2004-1)。

このことは、200万人を超えるといわれる精神障害者に関してもまた例外ではない。介護産業(ケアマネジメント、介護サービスなど介護保険の導入とともに新規参入した事業者を含む)、健康産業(カウンセリング、セミナー事業などを含む)、住宅産業(グループホームまがいの賃貸住宅を含む)、就労支援産業(コンサルタント、ジョブコーチなどを含む)は、この領域への参入と事業化の準備(市民向けのメンタルヘルスを含めて)をすでに始めていると見るのが適当であろうし、従来、精神病院を中心に社会復帰施設を加え複合的な施設として展開してきた伝統的な精神障害者のための施設もまた新規参入の業者と競争することを余儀なくされることであろう。

かつて、精神障害者が医療施設に「収容」されることを精神衛生の原則とした時代には、精神障害者は、市場経済からは遮断されており、保護されていたと言えることもできる。多少の財産を持っていたとしても、家族や企業あるいは隣人によって狙われることは少なかっただろう。ところが、「在宅」の場合には、生活に必要なものを市場から契約によって直接的に購入しなければならぬし、就労によって消費の原資を稼ぎ出さなければならぬのである。

こうして、合理的判断能力を失いかけているかもしれない者や十分な経済的・社会的訓練を受ける機会の少なかった障害者(とくに精神障害者は、1990年代に入るまで、自立した消費者・自立する労働者と表現されたことは少なかったはずであり、契約によって医療を受けていると認識している者も少なかったかもしれない)は、今や市場経済(ここでは消費市場と労働市場の双方を想定している)の渦の中に巻き込まれていくのである(三ツ木、佐藤、大曾根、2002、とくに7章、13章、15章参照)。

そして、今や医療の提供や施設福祉のサービスさえも、現実的には取引(契約)の対象となるに及んで、権利の保障・権利を守る方法は、行政争訟や国家賠償のような行政救済の手法にだけたよるわけにはいなくなっているのである。

しかるに、行政機関として設置されている精神医療審査会は、病院への非自発的入院の人権侵害性を問題にしてくることはできたのであるが、前述のような広い意味での権利擁護の問題には答えることができなくなっているのである。

2. 情報の提供とサービス評価

2000年に改正された「社会福祉法」のうち、その第8章は、その第1節「情報の提供等」で、福祉法制固有の必要性から、福祉サービス契約に関する原則を定めることとなった。同法第2条によって、第二種社会福祉事業に位置づけられた精神障害者のための社会復帰施設(生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場、地域生活支援センター)および居宅生活支援事業(ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム)

には、福祉行政法としての規制がかかるとともに、契約化の流れの中にある他の福祉サービスと同様、契約に関する原則（公法的というよりも私法的なコントロール）も適用されることとなるのである。「社会福祉法」の第8章からは少なくとも、下記の4つの原則を抽出することができる。

まず第1に、社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用しようとする者が適切かつ円滑に利用することができるように、その事業に関する情報提供を行うよう努めなければならないとする（同法第75条）。契約締結に至る前段階での一般的な情報開示を規定している。逆に、誤解・誤認を避けるために誇大広告は禁止される（同法第79条）。

第2に、社会福祉事業の経営者は、福祉サービスの利用を希望する者からの申し込みがあった場合には、契約の内容および履行に関する事項を説明するよう努めなければならないとした（同法第76条）。一方的な行政処分としての措置においては、説明義務が必ずしもつくされたとはいえなかったが、契約に移行するにあたっては、どうしても書き込まなければならない条文であった。

第3に、福祉サービスを利用する契約が成立したときは、遅滞なく、サービスの内容、利用料等を記載した書面を利用者に交付しなければならない（同法第77条）。契約書を取り交わすことは法律上の要求ではないが、それに準ずる扱いを求めているといえるだろう。したがって、サービス内容を表わすケアプランが作成されれば、当然、その内容は契約の根幹部分をなすものとして当事者またはその代理人に示されなければならない。

第4に、社会福祉事業の経営者は、福祉サービスの質の向上のために、サービス評価を行うなど良質かつ適切なサービスの提供に努めなければならないとする（同法第78条）。自己評価、利用者・家族による評価、第三者による評価およびそのフォローアップなどの措置を工夫する必要がある（あいち福祉オンブズマン、2003）。

これらは、新しい福祉法制の要求するものとして、精神障害者社会復帰施設の利用契約においても、精神障害者居宅生活支援事業の利用契約においても遵守されなければならないものである。

のみならず、精神病院・精神科診療所を利用すること（入院であるにしろ通院であるにしろ）が、基本的には契約であると考えられる時代においては、上記のことは医療契約にも及ぼされてしかるべきである。なぜなら、精神障害者への医療および関連サービスは、生活関係全体を見通してなされるものであるという考え方（実態は別として）を前提に置けば、理論的には福祉サービス利用契約の場合と同じ方向での新たな権利擁護システムが機能してもよいはずだからである（大曾根、2000-2）。

3. 医療・福祉サービス契約と後見システム

(1) 成年後見立法の特徴

精神障害者の医療・福祉の現場においては、精神障害者が、単独で法律行為をするに足る十分な判断能力を有しないこともあろうし、サービスの利用者としての判断能力の有無について不安のある場合もあるだろう。今後、精神障害者の医療・福祉制度の利用がますます契約化していくことになれば、サービスの利用契約は法律行為となるから、医療・福祉における契約の当事者も合理的な判断能力を持っていないことになる。

しかし、判断能力が不十分である場合、福祉サービスの利用者に関しては成年後見制度の活用を勧めることで一定の解答にはなりうるようになったといえるだろう。

成年後見立法（1999年12月成立、2000年4月実施）の最大の眼目は、「自己決定の尊重」の精神であり、本人の保護、残存能力の活用だといわれる。従来禁治産宣告制度の場合、後見人がすべての法律行為について代理権を与えられていたのだが、成年後見制度では、被保護者が判断できる事項については、当事者の意思を尊重し、本人の決定にまかせることとし、本当に保護が必要な場合にだけ後見人等が介入するという考え方をとっている。

だが、精神科医療に関しては、後見人等がどこまで介入できるのかについて、これまで十分な議論が尽くされてきたとはいいがたい。もちろん、成年後見立法の中で、精神保健福祉法の第5章第1節（第20条～第22条の2）の保護者に関する規定が、多少書き改められ、同法第20条で言うところの「後見人・保佐人」は新たな成年後見制度におけるそれである。

しかし、2000年以降の成年後見制度の活用事例の中で、精神障害者のために、新たな「後見人・保佐人」が選任されたという報告は、高齢者や知的障害者と比較して、きわめて少ない。なぜそのような現象が生じてしまったのか、後見人・保佐人の職務としての財産管理や身上監護がこの領域でどのように効果を発揮するのか、研究も少なく、実践報告も少ない中でやむをえない面はあるが、精神障害者のために仕事をしている（と思っている）すべての者が反省し、再検討しなければならない喫緊の課題である。ただ、成年後見システムが医療に十分対応できるように煮詰められた結果成立したわけではないという事情も見逃すことはできないであろう。

なお、ここでは成年後見立法の過程で、民法第858条2項が改正されたことに注目しておきたい。従来は禁治産者の精神病院への入院を後見人が同意するとき家庭裁判所の許可を要するとし、入院医療に関する司法の関与が予定されていたのであるが、今回の改正でこの条項は削除されたのである。

このことに関しては議論が十分に尽くされたとはいえないままの改定であり、司法的関与の後退という意味では問題をあとに残すものとなっている。

(2) 社会的後見の必要性

人々の暮らしが経済中心に動いていく中で、高齢者・障害者の暮らしも、同じ歯車で効率的・合理的に動いていくとは限らない。財産侵害を含むさまざまな権利侵害が立て続けに起きるという事態に対応して、先進的な自治体は、1980年代後半から、財産管理、権利擁護を趣旨とするシステムを作り上げてきた。東京都の「権利擁護センターすてっぷ」の事業、大阪の「大阪後見支援センター」の取り組みなどがあり、その後、名古屋の「障害者・高齢者権利擁護センター」など同種の事業を開始する自治体が現われていた（このようなシステムを大曾根は社会的後見と呼ぶ。大曾根、2000-1）。

これらを受けて、国のレベルでも新たな構想が出されることとなった。社会福祉基礎構造改革の議論が始まったころ、福祉の産業化・市場化が強調されていたが、そのことの対抗軸として、権利擁護の必要性が叫ばれ、「成年後見制度とあわせ、社会福祉分野において、各種サービスの適正な利用を援助するなどの権利擁護の制度を導入・強化」することがうたわれた。具体的には、利用者保護の仕組みとして、「地域福祉権利擁護事業」が用意された（1999年10月実施）。

「地域福祉権利擁護制度」は、契約によるサービス利用制度の下で、自己決定能力の低下した者のサービス利用を支援するために生活支援員を置き、成年後見制度と連動しつつ、これを社会福祉事業として位置付け実施する。

この事業は、都道府県社会福祉協議会から委託を受けた基幹的社会福祉協議会等が、判断能力の低下している高齢者・障害者と福祉サービス利用援助契約を締結し、福祉サービスの利用援助、日常的な金銭の管理、書類等の預かりをするものである。社会福祉法第8章「福祉サービスの適切な利用」のうち、「福祉サービス利用援助事業」（同法80条以下）に法的根拠を得た。

家庭裁判所での手続きを経て大きな費用負担も覚悟しながら利用する成年後見とは別に、簡便でかつ小額の費用で、社会福祉専門職のかかわりのもとに実施されるこの事業を必要とするニーズは存在するだろう。

この事業は、一般論としては精神障害者も利用可能なのであるが、高齢者や知的障害者による活用の頻度と比べると、その実数の割には利用率が極めて低いといわざるをえない（全国社会福祉協議会の調査によれば、2004年9月末現在の利用者数は、高齢者等7741人、知的障害者等2293人、精神障害者等2001人、その他659人である）。

精神障害者にとって上記のような援助が必要ないとは言えないにもかかわらず、なぜ活用されないのか。地域福祉権利擁護事業のシステムやその運営方法（専門員や生活支援員に精神障害についての知識や経験が足りないなど）が精神障害のある方に使いやすいものとなっていないのではないかという疑いも捨てきれない。また、精神医療・福祉に従事する者のこの事業に対する認識の低さにも要因があると考え

が、これらを実証するデータを提示することは今後の調査研究に待たなければならない。

4. 苦情解決

(1) 福祉オンブズパーソン

福祉オンブズパーソンのような苦情解決機関（公的機関と民間機関とが考えられる）の活動も、サービスの質を高め、利用者の権利・利益を守るための実践として、この数年の間に広がったものであり、社会福祉法82条（苦情の解決）によって法的な根拠が与えられることとなった。

全国各地で福祉オンブズパーソンの活動が1990年代から始まっていた（現在のところ、一般的にはオンブズパーソンよりも、オンブズマンという用語が使用されている）。比較的早い時期に立ち上がった民間福祉オンブズマンの実践を踏まえながら、社会福祉における苦情解決ルールの法制化が行われた実例としてとらえることも可能である（実践を理論化しようとする試みとして、あいち福祉オンブズマンの考え方とシステムおよび運用の実際に関してとりまとめた、大曾根、2003参照）。

(2) 苦情解決と第三者委員

苦情を解決する場としては、「サービス提供者の内部に置かれる苦情解決相談窓口（病院・社会復帰施設の職員を窓口にするなど）」「サービス提供者のグループによって構成される苦情解決システム（日本精神病院協会など）」「専門職集団によって構築される組織（精神保健福祉士協会など）」「行政によって構築される、労働基準監督署と基準監督官のような組織」「民間NPOなどによる組織」などが理論上考えられる。

2000年の社会福祉法および国からの通知が（平成12年6月7日・社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について）ルールとして示す枠組みは次のような特徴をもっている。

第1に、「苦情解決の仕組み」は、できるだけ当事者間の自主的な話し合いによる解決を促進する観点から、事業者段階での取組みを促すとともに、事業者段階で解決が困難な事項に関しては、都道府県段階に設置する中立的な第三者機関（運営適正化委員会、社会福祉法83条以下）において調整する仕組みを整備する。

第2に、この事業は「福祉サービス」に係る苦情解決の事業である。社会福祉法が取り扱う領域が対象となる。処遇内容、利用契約の締結・履行に関する事項（虐待を含む）が苦情の内容として想定されている（医療サービスは対象外）。

第3は、事業の多重性と柔軟性である。事業者レベルでの苦情解決には、第三者委員を関与させること、都道府県社会福祉協議会に運営適正化委員会を設置すること、都道府県および市町村の役割を明確にしていることなど重層的な解決の仕組みが構想されている。対応の方法としても、相談、助言、事実調査、話し合

い、あっせん、勸奨、知事への通知など多様な解決方法が想定されている。福祉オンブズパーソンは、もちろん、その組織自体が第三者委員たりうる。

2000年6月以降、第二種社会福祉事業である精神障害者のための社会復帰施設（生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場、地域生活支援センター）および居宅生活支援事業（ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム）は、これらの苦情解決システムを用意すべきであったのであるが、2000年の段階で準備ができていたところ（苦情受付担当者を置き、苦情解決責任者を選任し、第三者委員を委嘱しているところ）は、やはり少数であったらう。

老人福祉施設や知的障害者施設などでは、いち早くオンブズパーソンを導入するところが見られたにもかかわらず、精神障害者福祉の領域は、何ゆえに導入が遅れてしまったのであろうか。これについても、関係者へのヒアリングを含めて今後の調査研究の大きな課題となるであろう。

5. 小括

以上が、本稿で「新しい権利擁護システム」「現代的な権利擁護システム」と呼んでいるものの概観であるが、精神障害者の生活の流れを横軸とし、医療的側面と福祉的側面とを総合的に示し、権利擁護のメニューを当てはめてみたのが図1である。これによって、本稿が問題にしようとしている領域を見て取ることができるであろう（大曾根、2001-2参照）。

Ⅲ 精神医療審査会制度の位置 —歴史的背景と現行制度の構造分析—

1. 精神衛生法から精神保健法へ

本節と次節では、精神衛生法の時代（1950年～1987年）における、措置による強制入院と保護義務者の同意による入院とが制度上の対応（もちろん本人の意思による自由入院もありえた）であった段階から、医療保護入院・任意入院中心の段階への流れについて、歴史的経過を踏まえながら検討する。

今回は、公衆衛生審議会の議論、先行研究などを参照しながら、1980年代における議論をフォローし、成立時の考え方、制度運営に当たっての原則などを確認した。その後の関連制度の改正を踏まえ、この領域に社会福祉の観点が入り込んできた経過をも検討する。

精神衛生法は公衆衛生立法であるとともに、法律の規定形式および1960年代における精神科病床の増加傾向を振り返ってみれば、精神病院設立の国家的な投資の法的な根拠として機能していたのであり、きわめて財政的・経済的効果の強いものであったと評価することができる。表1に見られるように、精神衛生法の第2章は「施設」の法的根拠と財政的基盤を規定しており、精神保健法にもそのなごりが見られる。

しかし、1984年に社会的に明るみに出た宇都宮病院事件（事件の内容については、「判例時報」—平成5年12月21日号-1472号、判例時報社、に第1審判決が掲載されている）を契機として、精神病院入院患者の人權がクローズアップされるようになったことはよく知られていることである（この事件から精神保健法の成立にいたる経過と議論を特集するものとして、法学セ

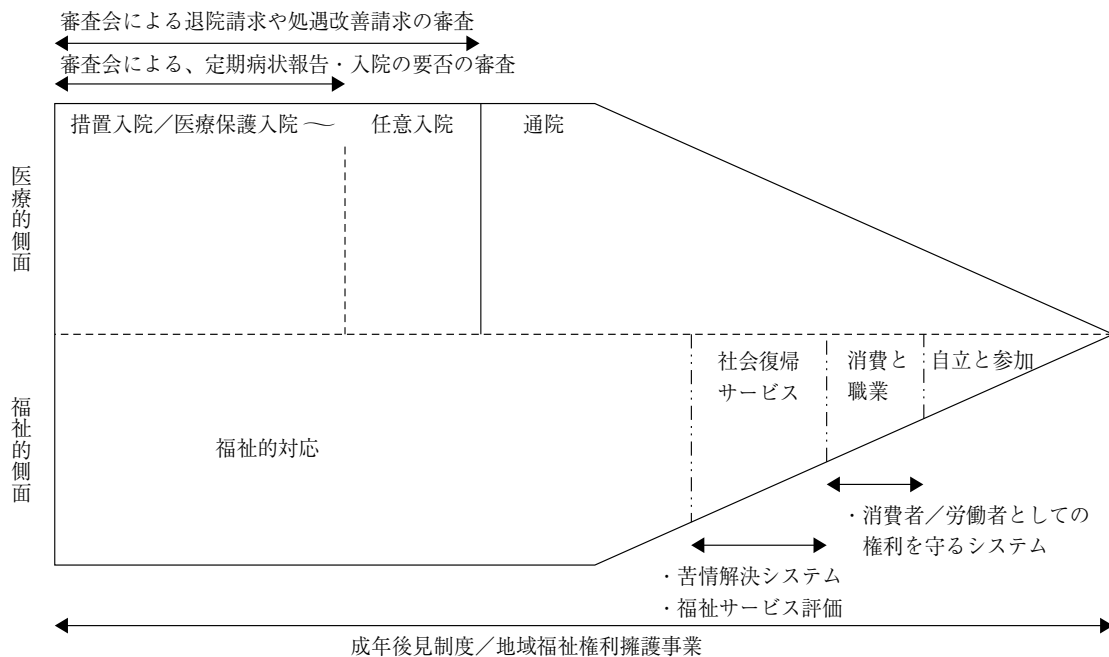


図1 生活の階層性と権利擁護システム

表1 3つの法律の比較

精神衛生法（昭和25年時点）	精神保健法（昭和62年時点）	精神保健福祉法（平成7年時点）
第1章 総則	第1章 総則	第1章 総則
第2章 施設	第2章 施設	第2章 精神保健福祉センター
第3章 地方精神衛生審議会及び精神衛生診査協議会	第3章 地方精神保健審議会及び精神医療審査会	第3章 地方精神保健福祉審議会及び精神医療審査会
第4章 精神衛生鑑定医	第4章 精神保健指定医	第4章 精神保健指定医及び精神病院
第5章 医療及び保護	第5章 医療及び保護	第1節 精神保健指定医
	第6章 罰則	第2節 精神病院
		第5章 医療及び保護
		第1節 保護者
		第2節 任意入院
		第3節 指定医の診察及び措置入院
		第4節 通院医療
		第5節 医療保護入院等
		第6節 精神病院における処遇等
		第7節 雑則
		第6章 保健及び福祉
		第1節 精神障害者保健福祉手帳
		第2節 相談指導等
		第3節 施設及び事業
		第7章 精神障害者社会復帰促進センター
		第8章 雑則
		第9章 罰則

ミナー増刊総合特集シリーズ（1987）『これからの精神医療』日本評論社、は大変参考になる）。

2. 審査会制度の歴史的意義

1987年法によって精神医療審査会制度が創設される以前、精神病棟への隔離収容を法的な議論の対象とする方法がなかったわけではない。

人身保護法に基づいて、精神病院の管理者を「拘束者」とし、精神疾患患者を「被拘束者」とする人身保護請求を裁判所に提起するという手続きがとられてきた（具体的な事例を示し、かつ解説を加えるものとして、別冊ジュリスト56号「社会保障判例百選1977年版208-211頁、大谷実による解説参照）。

しかし、精神衛生法の時代において、裁判所は、入院が適正な手続きによって行われたかどうか（たとえば保護義務者の同意があったかなど）を判断すべきであるとしても、裁判所の判断が拘束の実質的当否・妥当性にまで及ぶのかどうかについては議論の分かれるところであった。

ただ、最高裁判所昭和46年5月25日第三小法廷判決（昭和45年（オ）第934号人身保護請求事件：民集25巻3号435頁以下）は、次のように述べ、判断の枠組みを示していた。

「その入院について適法に選任された保護義務者の同意がない場合、あるいは、被拘束者が精神障害者であり、その医療および保護のため入院の必要があるとの診断に、一見明白な誤りがあると認められる場合にすぎず、この救済が与えられるべきものと解すべき

であり」、「ことに、後者の診断の当否に関しては、これが医学的判断に関する事柄であることを考えるならば、担当医師がその資格を有しないと、あるいは第三者と通牒して、他の目的のために被拘束者を拘束しようとした等、右診断が、医学的常識を逸脱した目的または方法によってされたことが疎明され、その結果、右診断に基づいて被拘束者を拘束することが許されないような場合に、はじめて、拘束の違法性が顕著であるといふべきものと解するのが相当である。」

このようにして、多かれ少なかれ、入院からの解放を求める声が、司法的審査の対象となる時代があったのである。しかし、精神保健法の成立により、精神医療審査会制度が創設されることによって、精神医療審査会の構成、審査の内容、実質的な機能など制度運営の特徴からみると、舞台は司法の領域から医療の領域へと引き戻されてしまったように見える。

表2に見られるように、確かに精神保健法は人権擁護と社会復帰の促進を2つの柱として制定されたものである。ただ、人権擁護のために作られたといわれる制度であるにもかかわらず、医療サイドでの審査という印象をぬぐうことのできない制度としての特徴をもつこととなった（後にふれる図3参照）。

なお、大谷実の精神医療審査会委員としての経験および実情を踏まえた、その後の評価によれば、「精神保健法のもとでは、人身保護法はほとんど意味を持ちえないのではないか…（中略）…現行法上は精神医療審査会を中心とする不服申立制度を最大限活用して、不当な強制医療を排除することが大切であると思いま

表2 精神障害者入院制度等の比較

項目	1987年改正前	1987年改正後
1) 入院形態	<p>(いわゆる自由入院)</p> <p>措置入院 (自傷他害の恐れのある精神障害者(都道府県による入院措置))</p> <p>○ 2名以上の精神衛生鑑定医の診察結果の一致により入院させる。</p> <p>同意入院 (医療および保護のために入院の必要があると認められる精神障害者であって、保護義務者の同意のある者)</p>	<p>任意入院 (自ら入院について同意する精神障害者)</p> <p>○ 退院は本人の意思による。ただし、患者の症状により72時間を限度とする退院制度を行うことができる。</p> <p>措置入院 (同左)</p> <p>○ 2名以上の精神保健指定医の診察結果の一致により入院させる。 ○ 診察に当たっては、指定医は厚生大臣の定める基準に従う。 ○ 退院に当たって、精神保健指定医の診察を要件とする。</p> <p>医療保護入院 (同左)</p> <p>○ 入院に当たって、精神保健指定医の診察を要件とする。 ○ 扶養義務者の同意がある場合には、4週間を超えない期間入院させることができる</p> <p>応急入院 (直ちに入院させなければ、その者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められる精神障害者)</p>
2) 入院時の告知		<p>病院の管理者等は、入院する者に、書面で、入院措置を採る旨及び都道府県知事に対し退院等の請求ができる旨等を告知しなければならない。</p>
3) 病状報告	<p>○ 同意入院については、入院措置を採ったときの届出のみ。</p> <p>○ 措置入院については、定期報告の規定なし。(運用上6ヶ月毎に病状報告)</p>	<p>○ 医療保護入院・・・定期に病状を報告 ○ 措置入院・・・・・・・・・・</p>
4) 調査請求		<p>入院患者又は保護義務者は、都道府県知事に対し次の事項を請求できる。 ①退院の請求 ②処遇の改善請求</p>
5) 行動制限	<p>病院の管理者は、医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる。 (通信・面会については、局長通知によりガイドラインを設定)</p>	<p>基本的な考え方は、現行通り。 ただし、信書の発受、行政機関の職員との面会等厚生労働大臣の定めるものについては、行動の制限はできない。又、患者の隔離等の行動制限は指定医の認定が必要。</p>
6) 審査機関		<p>○ 都道府県に精神医療審査会を設置 ○ 委員数5～15人 ○ 合議体(精神科医3、法律関係者1、その他学識経験者1)の審査。 ○ 3)の病状報告、4)の調査請求内容の審査を行う。</p>
7) 精神保健指定医	<p>精神衛生鑑定医制度</p> <p>○ 精神医療に3年以上従事した経験のある者から厚生大臣が指定。 ○ 都道府県知事の監督の下に、措置入院等に関し入院の要否の判定を行う。</p>	<p>精神保健指定医制度</p> <p>○ 5年以上の医療経験(3年以上の精神科医療経験を含む)を有し、厚生大臣の定める精神医療に従事し、かつ、厚生大臣の行う研修を終了した者から厚生大臣が指定。 ○ 従来の鑑定医の業務の他、医療保護入院の要否、行動制限の認定等を行う。</p>

(出典) 厚生省保健医療局精神保健課監修『精神保健法の概要』中央法規出版(1987)

す」(大谷実、1995)と述べている。これが現段階での人身保護法との関係についての一般的な評価と考えてもよいであろう。

3. 精神医療審査会の現状と分析

本節では、精神医療審査会の現状について論じる。審査会の審査対象は、精神病院の管理者からの定期病状報告と、入院中の者からの退院および処遇改善請求の大きく2つに分けられるが、紙幅の関係上ここでは

特に入院中の者からの退院および処遇改善請求を中心に論じることとする。論じるに当たっては、2001年から3年間にわたって行われた「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」(山崎、2003)の研究結果を参考に、審査請求、審査、結果報告に至る流れに沿って展開していく。

まず審査請求であるが、精神科入院患者が病院内での処遇に不満が生じたり、不当に入院をさせられていると感じた場合に、各都道府県の精神保健福祉センター

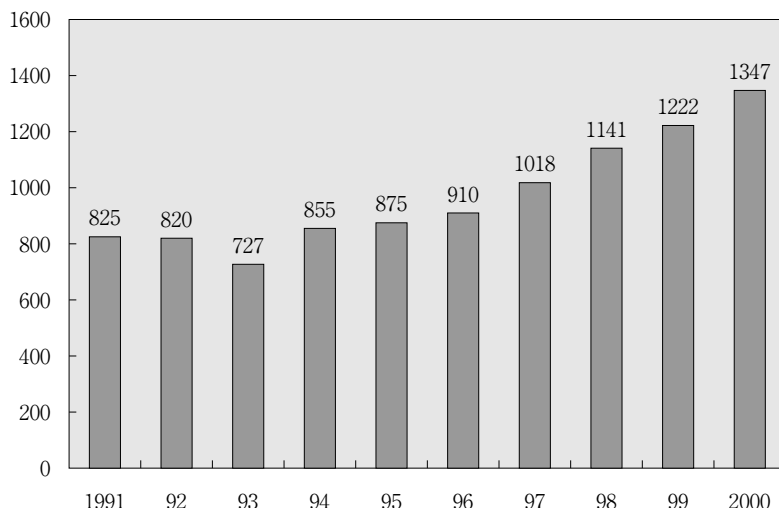


図2 審査件数の推移 (厚生労働科学研究より)

表3 精神障害者申請通報届出数、入院形態別患者数の年次推移

	昭和62年 (1987)	平成5年 (1993)	7年 (1995)	13年度 (2001)	14年度 (2002)	15年度 (2003)
措置入院患者数 (各年(度)末現在)	20014	6793	5570	2817	2600	2418
医療保護入院届出数 (各年(度))	...	81911	82881	140450	145387	151160

に電話連絡をし、相談をする。それまで都道府県庁の精神保健担当部局に置かれていた審査会の事務局が、高い独立性と専門性を確保する目的から精神保健福祉センターに置かれるようになったのは、2002年からであるが、センターもまた行政機関の1つであることから独立性が完全には保たれていないという問題がある。さらに、審査会事務局はセンターが抱える膨大な業務のほんの一部に過ぎないということから、独立した事務局としての機能を過度に期待されても現場としては戸惑ってしまうという声も聞かれる(築島、2003)。

2000年度には全国に59箇所の審査会があったが、そのうちの29箇所の審査会の年間平均電話相談回数は287.9件と報告されており、最大2170件、最小15件とその件数にばらつきが見られる。また、電話相談イコール審査請求というわけではなく、電話による審査請求の受理件数は2000年度では48箇所の審査会で合計179件あり、その半数以上は東京都に集中していた。

審査請求は原則書面ではあるが、電話での請求も可能であり、本人、弁護士などの代理人が都道府県知事または指定都市の市長に対して行う。このようにして審査請求したケースがすべて審査に付されるわけではなく、請求の取り下げや退院等により実質的には請求したケースの約72%が審査に付されている(2000年度)。

2002年度の退院請求の審査件数の合計は1829件であり、処遇改善請求については130件であった。審査件

数は年々増加の傾向にあるが(図2)、2002年度の措置入院患者数は2600人、医療保護入院患者数が145,387人(表3)であるから、同一人物が数回にわたり申請したケースを無視して目算すると、非自発入院患者全体の1.3%程度が退院請求等または処遇改善請求を行ったことになる。この比率は2000年度からさほど変化してはいない。2000年度の入院形態別審査請求状況を示したのが表4である。ここから、退院請求数に比べ処遇改善請求の数が少ないことがわかる。この理由は明らかではないが、処遇改善を待つよりも、自分が退院する方が合理的あるいは容易と考える、請求者の傾向がうかがえる。

さらに、山崎らの調査では審査件数や審査頻度については著しい地域格差がみられ、このような格差は同一自治体内の病院間でも見られることが明らかになっている。しかも、医療スタッフが乏しく、平均在院日数の長い病院ほど、退院や処遇改善請求があがってこない傾向も指摘されている。ゆえに、退院請求等が少ないのは、患者の声が外部に届きにくいと、または病院内外で情報の流通が不十分であるためということになる。

精神保健福祉法第38条の4では、審査会には退院の請求または処遇の改善を求めることができると規定されているが、実際の審査事例はさまざまであり、病院側は退院請求に賛同するが保護者が反対している例や、親族間で意見が対立している例、性犯罪などの触

法行為を伴う知的障害者の例、住所不定の生活保護の例など、審査会が判断に苦慮する場合も少なくない。

審査会は精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（医療委員：精神保健指定医に限る）3名、法律に関し学識経験を有する者（法律家委員）1名、その他の学識経験を有する者（有識者委員）1名の計5名による合議体で構成されており（図3）、各都道府県（指定都市）の審査事務量に応じて、合議体の数も異なる。したがって審査会は、審査会と合議体の二重の構成がとられていることになる。2002年1月の段階で、全国に合計159の合議体があり、830人の委員が審査会活動に従事している。2000年の全国の有識者委員168名の内訳は、看護31名、心理7名、精神保健福祉士13名、その他117名となっている。このような委員の構成に対しては、医療委員が多く、医療モデルになりがちであることが指摘されている（里見、2001）。医療委員、法律家委員、有識者委員が各1名出席すれば議事を開き、議決できる。2000年度の合議体開催頻度は1審査会平均で20.6回と報告されているが、これらすべてが退院請求あるいは処遇改善請求に関わるというわけではなく、実際はその大半が措置入院および医療保護入院の定期報告に関わる書類審査である。

さて、合議体が行う退院請求等の審査においては、

一般的に入院機関での意見聴取（実地審査）を伴うが、赴く委員の内訳は医療委員のみの場合が最も多いと報告されている。また、全審査件数の9.2%は書類審査のみで審査されていた。さらに、弁護士による法律援助の盛んな地域においては、弁護士が請求者の代理人になるケースもあるが、意見聴取の日取りによっては代理人としての弁護士が参加できない場合も多いようである。

厚生労働省の「精神医療審査会運営マニュアル」では、審査の結果は都道府県知事へ通知し、都道府県知事が審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、請求者本人、保護者および病院管理者に、審査結果とこれに基づいてとった措置を通知することになっている。さらに、都道府県知事は審査会に対して、審査結果に基づいて取った措置の内容と結果を報告する。上記マニュアルによると、請求を受理してから1ヶ月以内に審査結果および理由の要旨を通知するよう求めているが、実際には平均で41.4日を要しており、平均通知日数と請求取り下げ率の間には審査期間が長ければ、請求取り下げ率が高いという緩い正の相関が見出されている。

病院管理者が、都道府県知事からの退院命令、処遇改善命令に対して不服を申し立てる場合は、これらは

表4 平成12年度入院形態別退院等請求と処遇改善請求（厚生労働省）

	在院患者数	合議体当たりの 在院患者数	退院等請求数 (在院患者に占める割合)	処遇改善請求数 (在院患者に占める割合)
措置入院	3,083	20	334 (10.83%)	21 (0.68%)
医療保護入院	110,030	711	1,144 (1.03%)	93 (0.08%)
任意入院	215,438	1,381	10 (0.00%)	3 (0.00%)

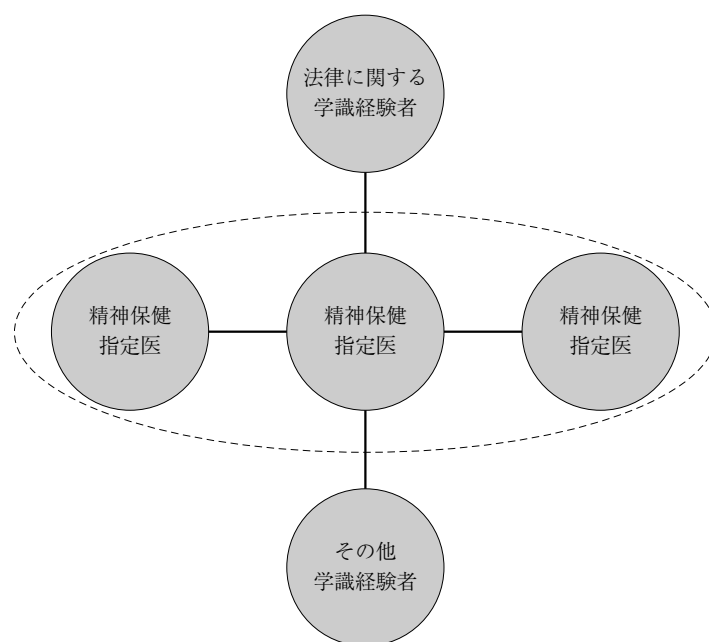


図3 精神医療審査会委員の構成（現行）

不利益処分該当することから行政不服審査法に基づく審査請求ができる。

また、行政手続法第13条第1項第2号では、原則として弁明の機会が付与されることになっているが、上記命令に関しては、患者の身体および自由に直接影響及ぼす可能性が強いことから、同法第13条第1項第1号に該当し、弁明の機会の付与の適用除外となっている。一方、現状を妥当とする通知については行政処分と認められないことから、これに対する不服申し立てはできない。

4. 権利擁護システム総体と精神医療審査会の関係

精神医療審査会は何を審査の対象とするのであろうか。法によれば、入院医療の必要性と処遇の適切性といわれる。しかし、そのカバーできる範囲は、精神障害者が抱える生活問題のすべてではないし、人権擁護のすべてでもない。図1は、そのことを示そうとしていた。

(1) 医療概念について

まず「医療」概念であるが、医療法1条の2は、医療を次のように定義する。

医療の内容は、「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」。

これを受けて、精神医療審査会は、このような包括的な医療概念に基づいて、入院の必要性を判断しているのであろうか。あるいは精神保健福祉法における、後述の「処遇」概念に「包括的医療」の意味合いを持たせて判断しているのであろうか。

なお、健康保険法第63条および国民健康保険法第46条は、「療養の給付」に次のような要素を含むとしている。

診察、薬剤・治療材料の支給、処置・手術その他の治療施術、居宅における療養上の管理・看護、病院・診療所への入院および看護を「療養の給付」といい、社会保険の給付対象として規定している。このような概念規定は社会保険の適用対象を確定するための必要からなされているのであって、精神保健福祉法上の「医療」とは異なるのであろうが、「療養の給付」の外延と「医療」の外延はどのように交錯するのであろうか。たとえば「移送」(法第34条)は必ずしも社会保険の適用対象ではないが、特殊、精神保健福祉法上の「移送」は、「医療」なのであろうか、それとも「保護」なのであろうか。「移送」問題を権利擁護システムの中でどのように位置づけたらよいかという問題点も残っている。

さて、審査会は、上記のどこまでを扱うことができるのであろうか。

(2) 保護概念について

次に「保護」概念を考えてみよう。この用語についても、精神保健福祉法上の定義は与えられていない。

あえて考えれば、生命の維持、生理的機能・身体的機能の保全、病状の悪化の防止などの要素が考えられるが、要するに、精神衛生法時代の自由の拘束、通信・面会の自由の制限(その正当化)という側面を強調して用いられてきた概念であろう。

もちろん、本人の安全確保、他害の防止のために必要な概念であったかもしれない。しかし、治療の必要性とか治療の可能性とかいう問題とは別の問題性がある、むしろ、治療ないし医療という枠組みで語ることでできない事柄に直面したとき、「保護」という概念が、強制力の合理化の規範的根拠として用いられてきたのではないか。そうだとすると、精神医療審査会は、「保護」の概念を相当厳密に調査し検討しない限り、当事者の人権を確保したということにはならないであろう。今後、審査会はこの概念をどこまで厳密に取り扱うのかが問われることとなるだろう。

(3) 処遇概念について

さらに、「処遇」概念もまた、審査会が扱わなければならないものである。すなわち、法第38条の3第2項は、入院の必要性に関する定期的な審査を規定するが、第38条の5第2項は、退院等の請求による審査を規定しつつ、入院の必要性の審査とともに処遇の適当性に関する審査を行うこととしているのである。そして、この法律および関係法令の中に、「処遇」という用語がしばしば登場するのである。

この言葉の意味を推測させるのは、第36条第1項であり、「精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と規定している。しかし、この条項が「処遇」を定義しているということとはできないだろう。

あえて定義すれば、個人の人権(通信の自由、行動の自由など)とのバランスをとりながら、医療・保護・社会復帰(そして自立と社会参加)を実現するための援助方法ということになるのであろうが、次のようなことがらは「処遇」に含め、したがって審査会の審査の対象とするのであろうか。現状の実務がどうかということではなく、理念からもう一度再検討されてもよいだろう。

- ・医療、予防、リハビリテーションを含めた包括的医療は処遇概念に含むのか
- ・病院への入院に加え、通院医療および関連サービスを処遇というか
- ・入院・通院を含め、医療を受けている間のソーシャルワークは、処遇概念に含まれるか
- ・社会復帰施設の利用あるいは利用のためのアレンジメントは処遇というか
- ・ACTのような地域におけるチームでの活動は処遇というか
- ・退院に向けたプログラムを作成し、それを実現していくプロセスは処遇というか

実は、審査会は上記のすべての問題に対応しようものとはなっていないのが現状であろう。その理由としては、法が入院医療モデルを前提としながら、通院医療と社会復帰促進施策を付加するという立法構造をとっていること、そして精神医療審査会は入院に焦点をあてて組み立てられていることが考えられる。

筆者らは、本来、精神衛生法の時代には、入院時の医療、プラスアルファ（むしろ、行動の制限）を語っていたに過ぎない用語が、時代の流れとともに、その意味合いを変化させてきたのではないかとの解釈も可能だと考えている。

つまり、社会保険法におけるような医療の狭義の概念との関係ではなく、社会復帰、自立、社会参加などの理念との関係で、「処遇」という広範な概念を用いざるを得なくなっている精神保健福祉法において、包括的医療ないし開かれた医療、さらには福祉法としての側面が強化された結果と考えるのである。

このように考える根拠は、次の2つの点にある。第1に、障害者基本法（1993年、2004年改正）は、その第1条において障害者の自立と参加を基本法の明確な目的として掲げたこと、第2条においては、障害者の定義に、精神障害によって継続的に日常生活または社会生活に相当の制限を受ける者を含めていること。そして第3条の基本的理念では「障害者はその尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有する」としていた（1993年法）のに対し、2004年6月に改正された障害者基本法の第3条は「処遇」という言葉を「生活」に置き換えている点に留意したい。

これらの条文を総合的に考えると、精神障害のある方の場合においても、自立と参加に向けた尊厳にふさわしい「生活」が保障されるべきであることとなり、このことは、精神保健福祉法の解釈——したがって精神医療審査会の権限——にも影響を与えるはずである。

なお、1993年の障害者基本法第10条は、医療の確保について規定していたが、「生活機能を回復し、または取得するために必要な医療の給付を行うよう」国・地方公共団体に求めていた。これに対し、2004年6月に改正された障害者基本法の第12条は、「障害者が生活機能を回復し、取得し、又は維持するために必要な医療の給付及びリハビリテーションの提供を行うよう」国・地方公共団体に求めている。精神医療審査会において審査の対象となる医療も、このような広い内容のものとなるであろう。

第2に、精神保健福祉法第4条は、医療施設・社会復帰施設の設置者は、精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進を図るため努力すべきことを規定している。

また、同法第38条は、精神病院その他の精神障害者の医療を提供する施設の管理者は、社会復帰の促進を図るため、相談・援助を行わなければならないとしており、この規定によっても、「処遇」の内容が豊かになっているとすることができるであろう。

さらに、同法第50条の3の4は、「居宅生活支援事業」においても「処遇」という言葉を使用していることに注目しておきたい。

このように、われわれが権利擁護を進めるにあたって配慮すべき、現場での「処遇」とは、広範な概念となっているのであり、精神医療審査会においてもそのことは常に意識されていなければならないと思われる。

IV. 精神障害者の権利擁護の現代的課題

本章では、審査会委員へのインタビュー、精神保健福祉領域の実務担当者へのインタビューなどを通して、筆者らが感じた現在の問題点、課題などを明らかにするとともに、精神障害者の権利擁護に向けた若干の提言を試みたい。

1. 精神医療審査会の課題—現行制度の枠内でもできること

精神保健福祉領域において、利用者の権利擁護を進めるためのシステム全体の中に精神医療審査会を位置づけようとするとき、現行制度の枠組みを前提としつつも、次のような試みがなされてもよいのではないかと考えられる。

たとえば、調査のプロセスでのヒアリングあるいは付帯意見において、下記のような事柄を精神病院の管理者など事業者への示唆とすることはできないか。

つまり、情報開示をより積極的に進めること、納得と同意が形成されるように努力すること、成年後見制度の活用を関係者が真剣に考えること、とりわけ市町村長申し立てをすすめること、地域福祉権利擁護制度を活用すること、苦情解決システム、サービス評価はどのようになされているかを問うなど（これらのシステムが創設される経緯と意義については、大曾根：2000を参照されたい）を、議論の対象とし、口頭で、もしくは文書で審査会の意見として述べることはできないことではあるまい。

このようなやりとりの過程で、新しい権利擁護システムと精神医療審査会との役割分担のあり方が次第に形成されていくことになると思う。

2. 精神医療審査会の今後の方向性

国の政策の方向性についての議論をした成果である「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」による「最終まとめのポイント」（2004年7月）の中で、権利擁護に触れる部分は少ないが、重層的な相談支援体制の確立という柱の1つの要素として、「障害者の地域生活を支援する上で権利擁護を必要とするケースについて対応できるような枠組みの整備が必要」としており、本稿の問題意識と共通の認識を持っていると推測される箇所はある。また、「今後の方向性」の一項目として、「地域福祉権利擁護事業や成年後見制度等の事業について利用の促進を図る方策を検討す

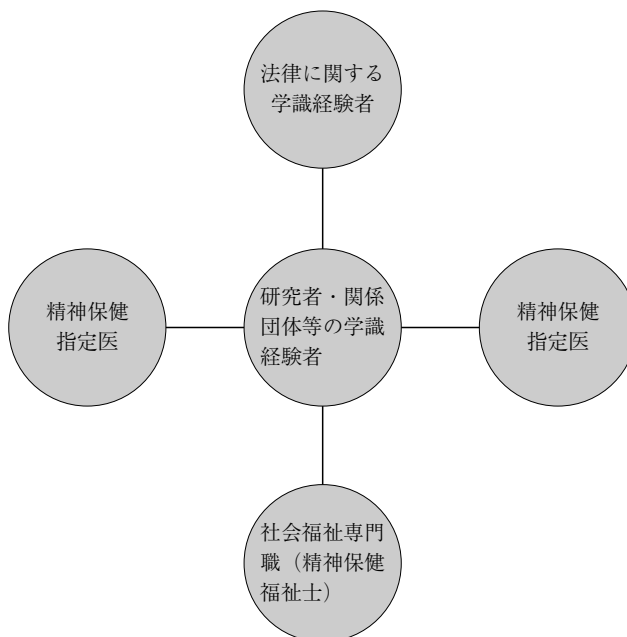


図4 精神医療審査会委員の構成（提案）

ることが必要である」としており、地域で暮らす場合に、このような新しい権利擁護システムの活用が必要であるとの認識も示している。

しかし、逆に、このレポートでは、入院患者の権利擁護の問題には言及することなく、したがって、精神医療審査会のあり方および審査会の今後の方向についても論述されていない。

むしろ、2002年12月の「障害者基本計画」では、「精神医療における人権の確保を図るため、都道府県及び指定都市に対し、精神医療審査会の機能の充実・適正化を促す」とし、精神医療審査会についての機能強化が示唆されていたのだが、その後、精神医療審査会の意義とあり方を議論する公式の場は設定されていないように思われる。

もちろん、本稿は、精神医療審査会制度の歴史的な意義を承認している。また、精神病院入院患者のための人権擁護に果たしている役割は大きいし、本人の意思によらない、いわば強制入院が存続する以上、その役割も終わるものではないと考える。問題は、その質的構成と関係制度との連携のあり方である。

ここでは、当面、下記の3点を指摘しておきたい。

第1に、精神保健福祉法の精神医療審査会制度の規定を改正するとしたら、図4の方向へと合議体の構成を変更し、医療中心の審査モデルから、医療・福祉・法律の三者の協働による総合的な審査のモデルへと転換していくべきであろう。

なぜなら、精神保健法から精神保健福祉法への改正が行われた時点ですでに基本理念の上では、医療モデルから保健・福祉の概念も含めた総合的なモデルが想定されていたのであり、精神医療審査会制度はこの理念の変化から取り残されていたのだと考えてもよいからである。

1980年代から1990年代において発展した、自立と社会参加という理念、それとともに登場した自己決定の議論（町野、1986；山田、1987は自己決定論に関する先行的な研究である）の医療・福祉への影響などを踏まえ、具体化された新しい権利擁護システムとの関係を抜きにして人権の擁護は説明できなくなっているのである。

第2に、法第33条以下の「医療保護入院」の「保護者同意」による強制入院のあり方を根本的に見直すべきである。保護者の同意は他人決定であって、自己決定にとってかわるわけにはいかないのである。これを、法的に入院医療契約と表現することもできないのである。なぜなら、契約の当事者は病院を経営する法人と精神疾患患者自身であるはずであり、親族といえども、法律上の代理権なしに本人に代わって契約を締結することはできないからである。

もし保護者といわれる者と病院の間に契約の外形があるとしても、本人が代理権授与行為をしていない限り、それは民法上「無権代理」であり、無効とされるものである。法は、民法の大原則に対して大きな例外を設け、わが国にいまだに残存している家族共同体の観念をたてに、強制入院正当化の根拠を見出そうとしていたわけである。

これを改正しようとするれば、後見制度（法第20条による現行制度では、後見人と保佐人をいい、補助人を含まない）を活用し、それに依拠するとき（未成年の親権者・後見人を含む）のみ、自己決定に代替するもの（実はこれも他人決定ではあるのだが）として許容することができることとすべきである（この点に関しても、民法第838条2項「家庭裁判所の許可」の削除が想起されるべきである）。もちろん、このような検討の前提として、後見人等の医療同意の権限の問題が

真剣に議論されなければならない。

そのような場面では、精神医療審査会は後見人等と共同して、精神疾患患者の人権を守る本格的な役割を果たすことができるであろう。

第3は、ソーシャルワークの視点を精神医療審査会における審査においても重視すべきだということである。それは、前述した処遇概念の変化とかかわっており、処遇方法の適切性（たとえば、しばしば語られるところの退院促進が性急に行われればそれ自体に人権侵害の恐れがあるなどの指摘をするなど）もまた審査の対象とすることを意味する。

精神医療審査会が、入院の必要性の判断だけでなく、入院時における処遇の適当性もしくは適切性の判断も求められるのであれば、そこには、本人の生活の全体（歴史性と将来性、空間的な活動範囲や他者との関係など）を見通した上で社会との関係性を構築する視点、すなわち、ソーシャルワークの視点が不可欠となるからである。

精神医療審査会には、このような視点を持った委員が入るべく法律に明記することが望ましい。そして、これを実質化するためには、人材養成システムの開発が一層必要となるであろう。委員の一翼を担う精神保健指定医の研修について規定する法第4章第2節「登録研修機関」は、指定医の研修の基盤を確立しようとしているように見える。しかし、これらの規定は「登録研修機関」の法的な位置を明確にしているものの、研修の視点や内容を規制するものではない。

また、現状では委員の研修・養成がプログラム化されているとも言いがたい。委員に委嘱された弁護士の言葉によれば、何らの研修もないままにいきなり精神医療審査会の議論に参加しているとのことである。同様のことは、ソーシャルワーカーを委員として配置する場合にもあてはまる。むしろ、指定医が委員となる場合も、法律家が委員となる場合も、ソーシャルワーカーが委員となる場合も、共通したプログラムのもとで権利擁護システムの全体性を理解でき、その一端を担う精神医療審査会の役割を意識できるような研修が必要となるだろう（研修の視点に関して詳しくは、大曾根、2003および大曾根、2001-1参照）。このような研修の内容に関して参考になるものとして、あいち福祉オンブズマン（2002）およびあいち福祉オンブズマン（2004）がある。

つまり、三者の協働による権利擁護に向けた研修や議論が求められているのである。図5に描いたように、それぞれの専門性を活かしながらも、共通の認識（図のAの部分）を共有してはじめて1つの方向を思い描くことができるのであろうと思う。

V. まとめ

社会福祉の世界における権利擁護システムは、わが国では高齢者福祉や知的障害者福祉を先導役として展開してきたが、これらの分野で築かれたシステムとそ

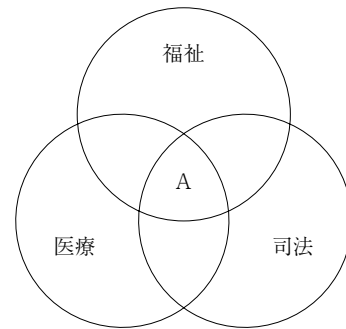


図5 福祉・医療・司法の協働

の運用の方法は一定の機能を始めているのに、精神障害の分野においては先行分野が確立したベンチマークに達していないのではないかと疑問を本稿では提示した。

社会的関係の中で生きる個人としての主体性、つまり個人と社会的関係との調整をしながら自立と自己決定を真摯に考えるべきだということは、これまで盛んに言われてきた。そのための方法上のメニューも示されてきた。

しかし、精神障害者の保健福祉の領域においては、自立・自己決定の論理だけで事柄のすべてを支配できるわけではない。契約論ですべてが割り切れるわけでもない。消費者としての自立や労働者としての自立、そのための権利擁護は是非必要なことではあるのだが、経済の主体としての自立の促進を強調するだけでは、精神障害者の抱えている困難は解決しないばかりか、窮地に落ち込む恐れすらあるであろう。

もし自立論・自己決定論、そして契約論ですべてを押し切ってしまうとすれば、医療・福祉が規制緩和と民営化・産業化の流れに巻き込まれる中で、ますます障害者の人権は危うい状況に陥る危険性をもっている。

そうだとしたら、今こそ、この危険から障害者を守るために、個別的なアドボカシーに頼るというよりも、障害者が社会的関係を築き、根無し草にはならず、地域の中に根付くこと（大曾根、2004-2）、障害者自身の「社会的自立」、障害者のための「社会的共同決定」などの概念が、個人の自立・自己決定概念との緊張関係の中で勇気を持って語られなければならない。

精神医療審査会は、実は非自発的入院ないし強制入院の継続を正当化するための場ではなく、また、患者の処遇が医療モデルに適合しているかどうかを判定する場でもなく、本人を中心とした「社会的な共同」の議論の場であり、それこそリハビリテーションプロセスなのである。

本稿では、当事者バランスの回復に向けて自己決定を補完するというよりも、社会的な支えの契機をつくるために成年後見・地域福祉権利擁護事業をできるだけ活用すること（大曾根、2000-1）、契約の社会的規制のために医療・福祉契約の特性を踏まえたオンブズマンシステムの必要性（大曾根、2003）を論じてき

た。

しかし、議論は緒についたばかりである。精神障害者をめぐる経済市場(医療・福祉サービスだけでなく、健康産業、住宅産業、就労支援産業など)が形成されつつあるとしたら、これらへの公的介入・社会的監視システムや社会的評価方法の構築はどのようにしたら良いのかについて、今後、より一層の実践の積み重ねと研究の蓄積が必要とされる。

付記

本稿の脱稿(2004年11月)後、初校の時期に、2005年1月の社会保障審議会障害者部会において、厚生労働省は身体障害、知的障害、精神障害の3障害等に対する総合的な自立支援システムを構築すべく、「障害者自立支援給付法案要綱」を提示した。当該法の導入により、市町村等の障害者福祉における責務が明確化され、既存の精神障害者福祉サービスシステムが大幅に見直されることとなる。当該法案要綱によれば、2005年10月からの公費負担医療の見直しを皮切りに、2006年から本格的に施行される予定である。

さらに、厚生労働省によれば、2005年は精神保健福祉法の改正も予定されており、改正の主な内容には、精神病院等に対する指導監督体制の見直しとして、精神医療審査会の委員構成の見直しと、改善命令等に従わない精神病院に関する公表制度等の導入の他、精神障害者の適切な医療等の確保(精神科救急医療体制の確立に向けた法的整備、任意入院患者の適切な処置の確保、市町村における相談体制の強化を含む)、精神保健指定医関係の見直し、地方精神保健福祉審議会の必置規制の見直し、精神分裂病から統合失調症への呼称変更などが含まれている。

上記の「障害者自立支援給付法案要綱」によれば、3障害等に共通する給付が想定されており、この法案が国会を通過し実施されれば、本文中に記載したサービスの名称が変化することとなるが、本稿脱稿後に生じた事情としてご了解いただきたい。

また、上述のような精神保健福祉法の改正が2005年に行われれば、精神医療審査会の構成も見直されることとなるが、本稿の論旨を変更する必要はないと考える。ただ、本稿が2004年11月までの法令を前提として執筆されていることについても、ご了解いただきたい。

参考文献・引用文献

ここでは、本文中で引用したもののほか、一般的に参考としたものも掲げておくこととする。

- あいち福祉オンブズマン(2002)「権利擁護連続講座 資料集」。
あいち福祉オンブズマン(2003)「2002年あいち福祉オンブズマン第三者評価報告書」。

- あいち福祉オンブズマン(2004)「権利擁護連続講座 資料集」。
秋元美世、本沢巳代子(2002)「ソーシャルワーカーのための法学」有斐閣。
上田晴男(2001)「地域ネットワーク型施設オンブズマンの活動：湘南ふくしネットワークの実践から」精神障害とリハビリテーション、5(1)、28-32。
上野容子(2004)「福祉サービス第三者評価制度を考える—東京都における評価システム試行事業を受けてみて—」Review、No.48、全家連、38-40。
大阪精神医学ソーシャル・ワーカー協会編(1989)「第8回日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国研修会報告集「精神障害者福祉」考」。
大曾根 寛(2000-1)「成年後見と社会福祉法制」法律文化社。
大曾根 寛(2000-2)「高齢者の権利擁護と成年後見」在宅医療、No.30、日本医学中央会、26-31。
大曾根 寛(2001-1)「フランスにおける社会的後見」総合社会福祉研究、No.19、96-104、総合社会福祉研究所。
大曾根 寛(2001-2)「新たな権利保障制度の発展」講座社会保障法 第6巻 社会保障法の関連領域—拡大と発展、295-323、法律文化社。
大曾根 寛(2003)「社会福祉における苦情解決のあり方と今後の課題」放送大学研究年報、No.20、1-17、放送大学。
大曾根 寛(2004-1)「消費者としての高齢者・障害者の権利擁護」実践成年後見、No.8、民事法研究会、4-14。
大曾根 寛、三好禎之(2004-2)「社会福祉における権利の守り手を育てるための視点」放送大学研究年報、No.21、1-21、放送大学。
大原健士郎(1993)「人はみな心病んで生きる」講談社。
大谷 實(1977)別冊ジュリスト56号「社会保障判例百選1977年版、208-211、有斐閣。
大谷 實(1995)「精神科医療の法と人権」弘文堂。
岡庭 昇(1993)「自己決定力」徳間書店。
尾久裕紀(2000)「精神医療における自己決定能力」年報医事法学、No.15、日本評論社、81-87。
小俣和一郎(2000)「精神病院の起源 近代編」太田出版。
関東弁護士会連合会(1995)「障害者の人権」明石書店。
木村美奈子(2004)「精神障害者権利擁護法律相談から見えてくる課題」Review、No.48、全家連、21-25。
国際法律家委員会編(1996)「精神障害患者の人権—国際法律化委員会レポート」明石書店。
小林信子(1997)「精神障害者の権利擁護をめざして—初めての院内PA(患者権利擁護)活動—」社会福祉研究、No.70、160-164。
里見和夫(2001)「精神病院内リハビリテーションにおける第三者機関による権利擁護」精神障害とリハビリテーション、5(1)、17-21。
ジャン・モランジュ著、藤田ジャクリン訳(1990)「人権の誕生—フランス人権宣言を読む」有信堂。
神 マチ(2004)「第三者評価(病院機能評価)制度と人権—医療の主体を問い続けた受審プロセス—」Review、No.48、全家連、34-37。
精神保健福祉研究会監修(1999)「新しい精神保健福祉法」中央法規。
精神保健福祉研究会監修(1999)「改正精神保健福祉法の概要 改正事項の説明と検討の経緯」中央法規。

- 総務庁行政監察局編（1989）「精神障害者の社会復帰をめざして」有斐閣。
- 高山直樹（2004）「NPO法人湘南ふくしネットワークオンブズマンの現状と課題」Review、No.48、全家連、26-28。
- 田中英樹（2001）「精神障害者の地域生活支援」中央法規。
- 築島 健（2003）「精神医療審査会—人権に配慮した精神科医療の推進」『心と社会』Vol.34、No.4、日本精神衛生会、87-96。
- 都留伸子編、都留伸子、山下かしえ著（1990）「患者自立への援助」医学書院。
- 東 雄司編（1991）「精神障害者・自立への道」ミネルヴァ書房。
- 藤田博史（1991）「精神病の構造—シニフィアンの精神病理学」青土社。
- 古川俊治（2001）「『生』の自己決定—『がん告知』と人生の最終章を考える」三五館。
- 町野 朔（1986）「患者の自己決定権と法」東京大学出版会。
- 三ツ木任一、佐藤久夫、大曾根 寛（2002）「福祉政策Ⅱ 障害者施策の展開」放送大学教育振興会。
- 宗像恒次（1984）「精神医療の社会学」弘文堂。
- 山崎敏雄（2001～2003）「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」平成13年度～平成15年度厚生労働科学研究『入院中の精神障害者の人権確保に関する研究』主任研究者：浅井邦彦。
- 山田卓生（1987）「私事と自己決定」日本評論社。
- 山本深雪（2004）「精神医療オンブズマンを全国に広げるために必要なこと」Review、No.48、全家連、29-33。
- ユーリウス・ハッケタール著、岩切千代子訳（1996）「最後まで人間らしく—患者の自己決定権について」未来社。
- 横藤田誠（2000）「精神医療における自己決定と代行決定」年報 医事法学、No.15、日本評論社、70-80。
- 吉田おさみ（1983）「『精神障害者』の解放と連帯」新泉社。
- 法学セミナー増刊 総合特集シリーズ（1987）「これからの精神医療」日本評論社。

（平成16年11月4日受理）