

## 精神保健福祉法上の強制入院における精神障害者の権利擁護

大曾根 寛<sup>1)</sup>・水戸川 真子<sup>2)</sup>

### The protection of the rights of persons with mental disabilities who are in the compulsory hospitalization by “the Act for the Mental Health and Welfare of the Persons with Mental Disabilities”

Hiroshi Ohsone, Masako Mitogawa

#### 要旨

本研究は、「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」という）上で想定されている強制入院に関し、精神障害者の権利擁護の現状と課題を、精神障害のある方への調査（第1調査）および支援者への調査（第2調査）から明らかにし、権利擁護に関して現在の法制度において可能なこと、および今後必要な政策について考察することを目的とする。

現代においても、いまだに精神障害者本人の同意を得ない強制入院（本稿においては、精神障害者の同意によらない措置入院、医療保護入院および応急入院を強制入院と言う）の制度は残されたままになっている。強制入院の制度による隔離収容が必要な理由として、自傷他害のおそれのある状態の精神障害者を放置しておくことが精神障害者の医療と保護の見地から望ましくないという観点、また一方で、精神障害者のみならず近隣への重篤な影響を生じる可能性があるという社会的防衛の観点があげられている。

しかしながら、精神科病院入院という社会から隔離された状況においては、家族との関係も徐々に希薄となると同時に、日常生活における数々の経験不足から自立した社会生活を送れないと判断され、精神症状の治療のためではなく、環境やその他の要因のため退院できず入院が長期化する傾向があるのではないかと考えられている。だが、精神科治療のためにやむをえず行われる以外の強制入院は、人権擁護の観点から許容されるべきものではない。

本稿では、「精神保健福祉法」上の、いわゆる「強制入院」に関し、現行法上の問題点と運用上の課題を洗い出し、今後の政策的課題を提示することとする。

#### ABSTRACT

We have clarified the present problems about the protection of the rights of persons with mental disabilities who are in the compulsory hospitalization by “the Act for the Mental Health and Welfare of the Persons with Mental Disabilities (Act No. 123 of 1950)” in Japan.

Through the first investigation to the persons with mental disabilities and the second investigation to their supporters, this study have aimed at researching about the several possibilities in a current practices, and considering about the policies that should be reformed in legal system for the protection of rights.

In the process of hospitalization of patients, they have been excluded from the society. Inside the psychiatry hospital, they have loosed many chances of experience of the everyday life, and at the same time ,they could not constructed the relations with the family. As the result, they have not been independent in their social life, and the hospitalization may tend to prolong to be discharged for environment. So, this article have showed the viewpoint for the protection of human rights for them.

By this report, we have written the problems in the existing law and we have showed the future policies in Japan.

<sup>1)</sup> 放送大学教授（「生活と福祉」コース）

<sup>2)</sup> 保健師・精神保健福祉士

## 第1章 本稿の問題意識

### 第1節 研究の背景

#### 1. 研究の目的

本研究は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による強制入院について、精神障害者の権利擁護の現状と課題を、精神障害者および支援者の調査から明らかにし、権利擁護に関して現在の法制度において可能なこと、および今後必要な制度的基盤の形成について検討することを目的とする。

さて、日本の精神障害者に対する施策は、明治33年(1900)の「精神病者監護法」における、警察による監視と私宅監置という制度の内容からみられるように、“医療”ではなく“社会的防衛”に目的がおかれていた。その後、大正8年(1919)の「精神病院法」や昭和25年(1950)の「精神衛生法」が制定されたが、その目的は精神障害者が社会で生活するというよりも、精神科病院に隔離収容することであった。そのため多くの精神障害者は、社会的防衛の目的のために人生の大半を精神科病院で生活することを強いられてきた。精神障害者が社会的防衛のために隔離収容されることが、社会から物理的および精神的に排除されると同時に、精神障害者は社会から排除されるべき危険な障害者であるという人々の偏見を生んだのではないかと考える。

精神科病院で職員による精神障害者への暴行等が発覚した昭和59年(1984)の宇都宮病院事件を受けて、昭和62年(1987)の「精神保健法」には、人権保護と社会復帰の促進がもりこまれ、また改正を重ねた結果、現在の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」<sup>註1)</sup>(1995年法。以下、精神保健福祉法という)では、精神障害者の自立と社会参加の促進がもりこまれた。

しかし、依然として精神障害者本人の同意を得ない強制入院(本稿において、精神障害者の同意によらない措置入院、医療保護入院および応急入院を強制入院と呼ぶ。)の制度は残されたままになっている。強制入院の制度による隔離収容が必要な理由として、自傷他害のおそれのある状態の精神障害者を放置しておくことが精神障害者の医療と保護の見地から望ましくないとされたこと、また一方で精神障害者のみならず近隣への重篤な影響を生じる可能性があるという社会的防衛があげられている。

だが、精神科病院入院という社会から隔離された状況では、家族との関係も徐々に希薄となると同時に、日常生活における数々の経験不足から自立した、日常生活を送れないと判断され、精神症状の治療のためではなく環境やその他の要因のため退院できずに入院が長期化する傾向があるのではないかと考える。本稿は、精神科治療のためにやむをえず行われる以外の強制入院は、人権擁護の観点から許容されるべきもので

はないとの思想から出発する。

### 2. 精神障害者を取りまく現状と課題

#### (1) 用語の定義

精神障害者は、通院にて精神科医療を受けている者もいれば、強制入院の措置で強制的に医療を受けさせられている者もいる。

医療は必要だが**入院の必要はない精神障害者**や入院は必要だが**強制的に入院させられる必要のない精神障害者**もいる。強制入院をさせられている精神障害者は、精神保健福祉上、理論的には「強制入院の必要性」があるはずである。

別言すれば、通院治療ではなく入院治療の必要性があるため、本人の同意がなくとも精神科入院の「必要性」があると考えるのが論理的である。

しかしながら、精神疾患を抱えている者または精神科の治療を受けている者すべてが、精神に障害を持つ者であるとは考えにくい。なぜなら、精神疾患を抱えていても、または精神科の治療を受けていても、一般就労をしている者もいるし、特に支障なく当面の日常生活を送っている者もいるからである。

しかし、そう言っても、精神科を受診している患者も、現在では受診の必要性もない過去の患者も、内部の精神的・心理的な困難と環境との相互関係の中で、社会生活に制約があり得ることも認めざるをえない。そのように考えるとき、医学的なモデルによる「精神疾患」の概念と社会モデルによる「障害」概念は、異なるものであることを確認しておくことが前提となる。

したがって、「精神障害者」の定義については議論の必要があると思われるが、本稿は精神保健福祉法上の強制入院について検討することから、とりあえず、「精神障害者」は、「精神保健福祉法」第5条の『「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。』とするとの概念規定から出発せざるをえない。

また、本稿において、「精神科ユーザー」とは、精神科・神経科に入院や通院の治療の体験を持つ当事者を指し、精神科・神経科に過去に入院や通院したが現在はしていない者も含まれることとする。

#### (2) 精神保健福祉法における精神障害者

上記のように、「精神保健福祉法」で、「精神障害者」とは、統合失調症<sup>註2)</sup>、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者とされているが、このうち、統合失調症を主とするICD-10カテゴリー<sup>註3)</sup>「F2」の診断の精神障害者が、山崎敏雄(2005)の研究によると、措置入院では約92%占めている。

統合失調症は、有病率は0.7%~0.9%で、幻聴と被害妄想がみられる疾患である。「陰で悪口を言っている」「死ねという声が聞こえる」などの自分が攻撃または傷つけられるような苦しい内容の幻聴や、「盗聴

表1 精神保健および精神障害者福祉に関する法律と入院前後の時間経過

時間	措置入院		医療保護入院		応急入院		任意入院	
	法律	内容	法律	内容	法律	内容	法律	内容
入院前	23条	一般人の通報						
	24条	警察官通報						
	25条	検察官通報						
	25条の2	保護観察所長通報						
	26条	矯正施設長通報						
	26条の2	精神科病院管理者通報						
	27条	診察						
	29条の2の2	措置入院のための移送	34条	医療保護入院等のための移送				
入院時 0時間	29条	都道府県知事による入院措置	33条	保護者の同意による医療保護入院	33条の4 (72時間限り)	応急入院	22条の3	任意入院
	29条の2 (72時間限り)	緊急措置入院	33条4項 (12時間限り)	特定医師による医療保護入院	33条の4の2項 (12時間限り)	特定医師による応急入院	22条の4の3項 (72時間限り)	退院制限72時間
			33条2項 (4週間限り)	扶養義務者の同意による医療保護入院			22条の4の4項 (12時間限り)	特定医師による退院制限12時間
			20条 21条	保護者 市町村長同意				
直ちに					33条の4の5項	直ちに届出		
12時間			※33条4項		※33条の4の2項		※22条の4の4項	
72時間	※29条の2				※33条の4		※22条の4の3項	
10日			33条7項	入院届提出				
28日 (4週間)			※33条2項 33条の3	退院等の請求の書面での告知期限				
29日以降	38条の2	定期の報告	38条の2	定期の報告			38条の2	(定期の報告)
退院	29条の4	入院措置解除						
退院+10日			33条の2	退院届				
入院中	36条 処遇							
	38条の4 退院等の請求							

注) ※は、入院の時間・期間が限定される場合の根拠条文を示す。

器を仕掛けられている」「命を狙われている」などの不安や恐怖を感じる被害妄想を訴えることが多い。それらの極度の不安や恐怖から逃れるために周囲に攻撃的になる場合や逆に家に閉じこもることがあると言われている。

統合失調症の症状が精神障害者を攻撃的にさせるのではなく、統合失調症の症状のために社会や家族から孤立し不安となり、その状況を周囲に伝えて支援を求める方法が分からず、極度に周囲に対して攻撃的になるなどの強制入院の要件であげられる自傷他害の原因となる場合もあるとの指摘もある。また最近では、精神病症状の出現から治療開始までの期間（精神病未治療期間 Duration of Untreated Psychosis : DUP）が短ければ短いほど予後が良いとされる。DUP期間の長期化は治療抵抗性の増大や症状の重症化および社会生活機能の低下などの問題が生じやすく、またDUP期間は自傷や自殺、触法行為、再発、家族機能低下などの問題が生じやすいことから、早期発見し早期治療することが重要であると言われている。

このことから、「自傷他害のおそれ」等を視点とした強制入院の制度を、早期発見・早期治療を含めた精神障害者のための医療および人権擁護の視点から検討し直す必要があるのではないかと考える。

**(3) 精神保健福祉法と入院形態**  
精神保健福祉法に基づく入院形態には、「任意入院」「措置入院」「応急入院」「医療保護入院」がある。ま

表2 入院形態別入院患者の推移

(単位 人、( ) 内%)

	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
措置入院	3,247 (1.0)	3,083 (0.9)	2,767 (0.8)	2,566 (0.8)	2,414 (0.7)	2,276 (0.7)	2,061 (0.6)
医療保護入院	105,359 (31.6)	110,930 (33.3)	112,661 (34.1)	114,145 (34.7)	115,297 (35.4)	118,069 (36.4)	119,138 (37.2)
任意入院	220,840 (66.3)	215,438 (64.8)	212,015 (64.2)	209,924 (63.8)	206,209 (63.2)	202,231 (62.4)	197,212 (61.6)
その他	3,557 (1.1)	3,263 (1.0)	2,607 (0.8)	2,461 (0.7)	2,205 (0.7)	1,759 (0.5)	1,897 (0.6)

資料 厚生労働省社会・援護局精神保健福祉課調べ『国民衛生の動向』

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	平成5年	7年	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
申請・通報・届出数(件) (各年(度))	5,480	5,642	5,929	11,776	13,690	13,687	15,451	15,376	16,113	16,392
うち診察を受けた者数(人) (各年(度))	3,529	3,900	4,270	6,993	7,213	6,985	7,332	7,433	8,024	7,789
措置入院患者数(人) (各年(度)末現在)	20,014	6,793	5,570	2,418	2,222	2,000	1,770	1,774	1,713	1,579
人口10万対	16.4	5.4	4.4	1.9	1.7	1.6	1.4	1.4	1.3	1.2
医療保護入院届出数(件) (各年(度))	…	81,911	82,881	151,160	161,587	163,370	170,700	175,624	184,345	188,879
人口10万対	…	65.6	66	118.4	126.5	127.9	133.6	137.5	144.4	148.1

資料 保健・衛生行政業務報告

た入院形態によっては入院期間について制限をかけているものもある。入院形態と時間経過の関係については表1に示すとおりである。

### 1) 任意入院

任意入院は、精神障害者本人の同意にもとづいて入院が行われる制度である。「精神衛生法」の時代には想定されていなかった用語だが、昭和62年(1987)、「精神保健法」への改正時に新たに法定化された入院形態である。

任意入院者から退院の申し出があった場合は、退院を原則としている。しかし、退院を申し出た場合において、精神科病院管理者は、その者の医療および保護のため入院を継続する必要があると精神保健指定医が認めるときは、退院制限をおこなう旨、退院等の請求に関することおよびその他の事項を書面で知らせ、72時間に限り退院制限を行うことができる。任意入院の場合、原則、開放的な環境で処遇する事が望ましいとされている。任意入院者は、平成18年(2006)では、入院患者数の61.6%を占めている(表2)。

### 2) 措置入院

措置入院は、2人以上の精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であり入院させなければその精神障害のために自傷他害のおそれがあることに一致した場合に、都道府県知事および指定都市の市長が精神科病院に入院させる制度である。

措置入院の運用については、措置入院であれば医療

費が公費から支払われるとの理由から、いわゆる“経済措置”が多かった時代から、制度の適正な運用を国が求める時代へとかわっている。さらに、後述する「医療保護入院」と混同することがないようにとの厚生省からの指導も行われている。このように、時代により社会や医療の事情で措置入院の運用基準が変化しているのである。

厚生労働省「保健・衛生行政業務報告」によると人口10万人に対する措置入院者数は昭和62年(1987)、16.4人であったが、平成21年(2009)、1.2人となっている(表3)。また自治体により、人口10万対措置入院者数には差がみられる。

### 3) 応急入院

「精神衛生法」下では、措置入院に該当する精神症状はなく早期に入院医療の必要が認められる精神障害者が意識障害や混迷状態の場合に、入院を見合わせることや、やむを得ず入院した後に家族や市町村長の同意を得ることもあった。応急入院は、このような精神科救急の空白をうめる制度として、昭和62年(1987)「精神保健法」への改正時に法定化された入院形態である。精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であり急速を要し保護者の同意を得ることができない場合に、72時間に限り都道府県知事が指定する精神科病院に入院させることができる制度である。

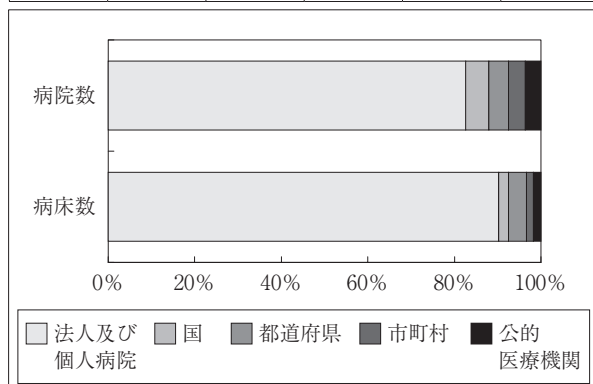
### 4) 医療保護入院

医療保護入院は、かつての「精神衛生法」における



図1 開設者別精神科病院および精神科病床の割合

	法人及び個人病院	国	都道府県	市町村	公的医療機関
病床数	315,957	8,190	14,441	6,203	5,562
病院数	1,378	88	76	68	57



資料 平成20年病院報告

同意入院という名称が精神障害者の同意を得たかのような誤解を生ずる恐れがある理由から、昭和62年(1987)、「精神保健法」への改正時に医療保護入院と改められた。精神保健指定医が診察した結果、精神障害者であり入院が必要と認められる者で保護者の同意がある場合、精神障害者本人の同意がなくても入院させることができる制度である。医療保護入院者数は、平成18年(2006)は入院患者の37.2%を占め、また医療保護入院者数は徐々に増加している(表2)。保護者は、後見人または保佐人、配偶者、親権を行う者、親族のうち家庭裁判所で選任を受けた者となっており、これらの保護者がいない場合は精神障害者の居住地を管轄する市町村長が保護者となることできる。退院等の請求に関する書面の医療保護入院者への告知期限は、入院後4週間以内とされている。

### 5) 小括

措置入院や医療保護入院は、精神障害者本人の同意を得ない強制入院である。任意入院は精神障害者本人の意思で退院できる入院形態ではあるが、精神保健指定医の診察により、72時間の退院制限を受けることもある。また平成14年(2002)に厚生労働省障害保健福祉部が平成11年(1999)の患者調査をもとに算出したものによると、条件が整えば退院可能とされる入院患者(いわゆる「社会的入院者」)が7万2千人<sup>(注4)</sup>いるとされ、精神保健福祉法における入院形態は不明ではあるが、精神科病院での入院治療の必要性がないにもかかわらず退院できない状況もあるのである。

任意入院は精神障害者本人の意思で退院できる入院形態であるにも関わらず、実際は、地域生活に移行する条件を満たせずに入院生活を余儀なくされている等の様々な問題を抱えていると考えられるが、本稿では精神障害者の本人の同意を得ない強制入院を中心に検討していく。

### (4) 精神保健福祉法と関係機関

精神保健福祉法の権利擁護に関する機関には、「精神科病院管理者」「精神保健指定医」「都道府県知事・指定都市の市長(以下、都道府県知事等)」がある。また、精神保健福祉法には記載はないが、精神障害者にとって権利擁護に関する身近な専門職である「精神保健福祉士」資格がある。

#### 1) 精神科病院から精神科病院へ

まず「精神科病院」の歴史的背景について述べ、次に精神保健福祉法における「精神科病院管理者」の強制入院における役割について述べたい。

大正8年(1919)の「精神病院法」では、道府県に対し、主務大臣は、公立精神病院の設置を命ずることができたが、民間病院を「代理病院」とすることで、公立病院の建設は進まなかった。戦後の精神科特例や優遇措置により、昭和30年代に民間精神病院が増加し、平成20年(2008)病院報告をみると民間病院(法人及び個人が開設した精神科病院)は精神科病院全体の82.7%を占め、病床数全体では90.2%を占めている(図1)。都道府県知事等は措置入院者を国等の設置した精神科病院または指定病院に入院させることができる。

しかし、都道府県により、人口10万対精神科病院病床数に差がある。平成20年(2008)医療施設調査をみると、都道府県別人口10万人対精神病院病床数は3.7倍のひらきがあり、主に九州・四国に高い傾向がみられる。平成20年病院報告の病床の種類別にみた平均在院日数は、「一般病床」18.8日、「結核病床」74.2日、「療養病床」176.6日、「精神病床」は、312.9日と非常に長期間となっている。

平成12年(2000)に改正された医療法および関係政省令でも依然として「精神科特例」があり、精神科病床では、患者に対して医師は48:1、看護4:1、薬剤師150:1で、精神科以外の一般病床や結核病床、感染症病床では、医師16:1、看護3:1、薬剤師70:1であり職員数に差がある。

平成18年(2006)、「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律」で、精神病院という用語には精神病患者を収容する施設というイメージが残っており、そのことが精神科医療機関に対する国民の正しい理解の深化や患者の自発的な受診の妨げとなっているとして、「精神病院」から「精神科病院」へ改められた。

厚生労働省が定める基準に適合した「精神科病院管理者」は、精神保健指定医の診察により医療保護入院および応急入院させることができる。そのため精神保健福祉法では医療保護および応急入院者の入院届や措置および医療保護入院者の定期報告を都道府県知事等にすることを求めている。治療また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とし、隔離とその他の行動制限を認めている。

また精神科病院管理者は、任意入院および医療保護入院に際して退院請求等に関する事項を書面にて本人

に通知することが定められており、また「精神保健福祉法」第38条には、『精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相談と援助を行い保護者等との連絡調整を行うように努めなければならない』とされている。

## 2) 精神保健指定医

精神保健指定医は、強制入院や一定の行動制限を伴う入院医療に対して公的資格認定制度が必要との考えから、昭和62年（1987）、「精神保健法」への改正時に創設された。精神保健指定医は、申請に基づき厚生労働大臣により指定される。5年以上の診断または治療に従事した経験および3年以上精神障害の診断または治療に従事した経験を有することと研修課程を修了していること等が、現行の精神保健福祉法では定められている。

精神保健指定医は、精神科医療の治療者であることとは別に精神保健福祉法第19条の4にある職務を行っている。措置入院や医療保護入院および応急入院の必要性の判定、身体拘束や隔離などの重大な行動制限を行う権限をもっている。それらを実施した時は、精神科病院管理者への報告義務がある。

また、精神保健福祉法で、精神保健指定医は、精神科入院者の処遇改善のための必要な措置が採られるように努めなければならないとされている。

## 3) 都道府県知事等

都道府県知事または指定都市<sup>註5)</sup>の市長は、精神科病院等に対する監督（法第38条の6、第38条の7）と医療保護入院の移送や措置入院と、精神医療審査会の設置義務に伴う人権擁護に関する業務、精神障害者への相談支援業務、国民への啓発業務を行っている。

また、市区町村長（以下、市町村長の用語法を用いる）は、市町村長同意に関する業務、精神障害者への相談支援業務、国民への啓発業務を行っている。

## 4) 精神医療審査会

精神医療審査会は、昭和62年（1987）の「精神保健法」への改正時に人権保障の観点から新設された。精神保健福祉法第12条により都道府県等に設置義務があり、事務局を精神保健福祉センターにおくものとされている。精神医療審査会では、精神科病院管理者から都道府県等に報告された書類について、その入院が適当かどうかの審査と退院請求等の審査を行う。委員構成は「精神保健法」では医療委員3人、法律家委員1人、その他の学識経験者委員1人としていたが、平成18年（2006）、「精神保健福祉法」の改正時に医療委員2人以上、法律家委員1人以上、その他の学識経験者委員1人以上の5人以上で構成されるとされた。退院請求および処遇改善請求は、都道府県知事等に請求後に精神医療審査会にて審査され、結果は都道府県知事等が通知することと定められている。

平成22年（2010）3月「障害保健福祉関係主管課長会議」によると、平成20年（2008）の退院請求および処遇改善請求件数は2,437件。平成20年（2008）の医療保護入院の入院届出は184,345件であり、1年以上医療保護入院が継続している医療保護入院者の定期病

状報告書は87,063件である。このことから退院請求および処遇改善請求の件数の割合は大変少ないと言える。また、昭和63年（1988）厚生省保健医療局長通知「精神医療審査会マニュアル」では、『都道府県知事は、請求を受理しておおむね1ヶ月、やむを得ない場合においても3ヶ月以内に請求者に対して審査結果及び理由の要旨を通知するように努める』とある。平成20年（2008）の請求から審査結果通知までの平均日数は17.8日～86.8日と、各自治体で審査結果通知までの日数に関しては、ばらつきがあり全国の平均日数は、34.1日である。

## 5) 精神保健福祉士

「精神保健福祉士法」（1997年制定）第2条によれば、精神保健福祉士は、『精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者』と規定されている。

また、「精神保健福祉法」第38条には、『精神科病院管理者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相談と援助を行い保護者等との連絡調整を行うように努めなければならない』とあるが、実際の支援を精神保健福祉士等の病院スタッフが行ってもよいと解されている。ただし、精神保健福祉士が権利擁護に関与すべしとの明文の規定はない。

## 3. 本節のまとめ

表1に示すように精神障害者の人権を守る見地から、入院形態により入院期間や退院制限および退院請求等に関する書面の告知期限などさまざまな期間が定められている。

「措置入院」は「精神保健指定医」2名の診察によるが、「都道府県知事等（行政機関）」が強制入院を実施する主体となっている。その措置に対して「行政不服審査請求」（行政不服審査法）で処分についての審査請求ができるが、審査請求は処分庁の直近上級行政庁（行政機関）に対して行われ審査される。また「精神医療審査会」では、定期病状報告書による書面審査と、退院・処遇改善請求により強制入院の必要性の審査をしている。その精神医療審査会は「都道府県等の精神保健福祉センター」に設置されており、「都道府県知事等（行政機関）」が強制入院という処分と強制入院の必要性の審査を行っている。

「医療保護入院」は「精神保健指定医」1名の診察により、実際は「保護者」と「精神科病院管理者」との契約により強制入院が実施され、「精神医療審査会」において、強制入院の必要性を判断した「精神保健指定医」が作成した入院届および定期病状報告書による書面審査と、退院・処遇改善請求により、「都道府県知事等（行政機関）」で強制入院の必要性を審査している。

「都道府県知事等（行政機関）」「市区町村長（行政



機関)」「精神科病院」「精神保健指定医」「保護者」は、精神障害者に対して強制入院を実施する主体であり、また一方で、精神障害者の相談や社会復帰への支援に努めることとされている。

しかし、これまでの関わりでは、強制入院の必要性を判断するにとどまり、精神障害者の権利擁護を担っているとは言えないと思われる。

精神保健福祉法には、医療関係者と都道府県知事等(行政機関)および保護者に関する規定はあるが、精神障害者の権利擁護に関わる者は少ない。入院時と地域生活を通して、人権を擁護する機関は明記されていない。また入院届や定期報告等における入院の必要性に関する確認は紙面上の確認のみで、入院中の精神障害者と面接するなどの積極的な関わりをもつものはない。都道府県知事等が行う精神科病院への実地指導だけにまかされているという現状がある。

## 第2節 失行研究および近時の実践

前節の現状に関しては、これまで精神障害者の権利擁護の観点から様々な問題点および課題について、以下のような研究や実践等が行われている。

### 1. 入院時に関係する権利擁護

#### (1) 措置入院に関係する先行研究

渋谷秀樹・赤坂正浩(2000)は、「措置入院のような社会衛生的観点からの移動制限措置した場合の害悪の度合いと本人保護の必要性から、合憲性が判断されることとなるだろう。」としているが、「措置入院のような身柄拘束については、(憲法)31条または13条が刑事手続きと同等の適正さを要求しているとする<sup>26)</sup>」としている。これは、措置入院は身柄拘束となるため、憲法第31条『何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない。』から、措置入院に関する手続きは精神保健福祉法に定められたとおり、各自治体で相違なく運用されなければならないと言える。

また、精神医療と法に関する委員会「保安処分と司法に関する小委員会」(1999)によると、「全国精神医療状況は一律ではなく、このことが人口万対新規措置における著しい都道府県格差(最小限と最大値で43倍の開き)を生み出す一因となっている。同一の制度でありながら精神保健福祉担当所管課の行う申請等の調査や措置診察の厳密さに大きな差があることが推測され、指定医の確保や措置診察の方法、入院先の選択においても自治体ごとにシステムは異なっている。」<sup>27)</sup>とある。自治体の精神科医療や地域の実情により、措置入院に関する手続きの相違および人口10万人対の措置入院者数の著しい格差を生じさせていると考える。

#### (2) 医療保護入院に関係する先行研究

精神医療と法に関する委員会(1999)によると、市区町村長同意になった「経緯については、『保護者が存在しない』(52.6%)、『保護者の居所が分からない』(14.1%)の他、『扶養義務者が選任を拒否』(22.3%)

が少なからず認められた。…一般精神科入院患者と比較して、10年以上の継続入院者は市区町村長同意に多いことが統計的に確認された。…市区町村長の保護者は家族の保護義務者に期待される入院患者への援助を行わないだけでなく、事務処理要領に記載された最低限の事務も十分に果たしていないことがうかがわれた<sup>28)</sup>。

医療保護入院に市町村長が同意する際には、電話または面接にて行政職員が扶養義務者の有無や医療保護入院の必要性について調査を行うも、同意後は行政職員の支援はほとんどなく退院および社会復帰支援については精神科病院任せとなっている。市町村長が保護者となる精神障害者の場合は、支援する家族の不在および疎遠やまたは帰る家がない等の現状を抱えていることも多い。さらに精神症状の悪化等の様々な理由は考えられるが、市町村長が保護者となっている精神障害者の入院期間が他の医療保護入院者と比べて長いと報告する文献は多い。

#### (3) 精神医療審査会に関係する先行研究

精神医療審査会に関して、山崎敏雄(2002)は「精神医療審査会は…、患者の人権(不服請求権と適正な医療を受ける権利)を保障することが審査会の存在意義である以上、あまりに大きいバリエーションには問題がある。特に、非自発入院患者数に対する退院請求等の審査件数は、一定の水準以上に保たれる必要があるだろう。」としている。また、「精神疾患やその治療に伴う人為的な理由によって自己表現が制限された入院患者が、法に制定された権利を正当に行行使するためには、弁護士による法律援助活動をはじめ、行政から独立した様々な組織による強力な支援活動が必要である。これらのNPO活動は、審査会活動を補完し活性化する<sup>29)</sup>」としている。

精神医療審査会における書類審査の方法や退院請求における意見聴取についても医療委員のみが実施しているところがあるなど運用方法が自治体によって異なっている。精神医療審査会の一定水準の確保と独立性は、精神障害者の人権擁護からも必要不可欠と考えられる。また行政から独立した組織による支援活動は、精神障害者の人権擁護だけでなく精神科医療への正しい理解を広めることになる。そのことにより、精神科医療および精神障害者への偏見や誤解が解消していくのではないかと考える。

大曾根寛・深谷裕(2004)によると、「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おかれるようになった…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保たれないという問題点がある。…現状では委員の研修・養成がプログラム化されているとはいいたい<sup>30)</sup>。精神保健福祉センターに設置されている精神医療審査会が独立して第三者として審査できているかという点は、肯定できないという意見も多いと思われる。その理由として、措置入院等の業務を担当する部署と精神保健福祉センターが別の部署であっても行政組織とし

ては同じ部局に所属すると考えられるため、外部からみて完全な独立性が保たれると言いがげられる。また精神医療審査会委員の研修の規定がないため審査会委員の水準に差があると推測され、法律家委員および有識者委員にとっては精神保健福祉に関する現状を把握しないまま書類審査や退院請求等の事案にのぞむ場合もあるのではないかと考えられる。

退院請求および処遇改善請求について、精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会<sup>注11)</sup>(2005)『精神医療ユーザーアンケート報告書』によると、「入院時の文書説明を受けていないと回答した人が、30.2%いた。…病院から、退院請求や処遇改善請求を「精神医療審査会」に申し立てる権利があることを知らされたことはないと回答した人が60.0%いた」<sup>注12)</sup>。措置入院時は措置をした都道府県の職員が、任意および医療保護入院時は精神科病院管理者が、退院請求等に関する事項を書面にて通知することになっているが、「説明を受けていない」「知らない」と答えた精神障害者が多く、説明を受けていないのか、説明されたが理解できなかったのかは不明であるが、いづれにしても強制入院させられた精神障害者の権利である退院請求等について、「知らない」または「理解できるように説明されていない」という障害者がいることは知る権利という人権の侵害にあたると思われる。

#### (4) 権利擁護に関する第三者機関

平成5年(1993)年から、福岡県弁護士会は精神障害者に対する法律援助制度(通称「精神保健当番弁護士制度」)を実施している。精神科病院に入院している精神障害者が、弁護士会へ電話や文書で退院や処遇改善の救済を求めた場合に、相談担当弁護士名簿に登録した弁護士が、入院中の精神科病院にて精神障害者と面談による相談を行う。必要な場合、精神医療審査会への退院および処遇改善請求に関する審査請求の代理人活動を実施するもので、その際の費用は負担させないことになっている。この精神保健当番弁護士制度は平成19年(2007)からは、日本弁護士連合会の事業として全国的に実施する体制が作られている。

精神保健当番弁護士制度は、精神障害者が精神医療審査会への審査請求をする場合の代理人活動が目的ではあるが、精神障害者の面談のために精神科病院に弁護士が訪れることや必要があれば診療記録の開示請求や主治医と面会等することにもなる。

このことは、精神障害者にとっては第三者に自分の状況を説明する機会を得ることとなる。また、精神医療審査会への審査請求を支援してくれる心強い支えともなる。精神科病院のスタッフとしては精神障害者の入院の経過や入院中の処遇について説明責任を負うこととなる。また、弁護士という第三者が精神科病棟内にはいることで、病棟内に緊張感がうまれるかもしれない。精神障害者を支援する第三者が精神科病院に入ること、とても重要なことだと考えられる。

「大阪府は大阪府精神障害者権利擁護システム事業として精神医療オンブズマン制度を実施…実際には、

大阪精神医療人権センターに精神医療オンブズマン活動を養成研修も含めて委託して実施」「医療機関との相互理解のもと、入院中の精神障害者の権利擁護を図るために医療機関を訪問し、一定時間滞在して病棟をはじめ療養環境を視察するとともに、入院患者からの相談・要望などの聴きとりを行っている。…結果は、精神医療センターが市民の視点・入院患者の声を中心にしつつ報告書にまとめ、大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会事務局へ提出する」<sup>注13)</sup>。大阪の権利擁護システムでは、オンブズマンとして精神障害者や弁護士・精神保健福祉士だけでなく家族や市民も参加している。そのことは、特定の専門職や当事者である精神障害者に任せるのではなく、市民の視点から精神科病院の状況について率直な意見を述べる機会があることの意義が大きいことを意味している。

## 2. 地域生活に関係する権利擁護

地域生活に関係する権利擁護としては、①精神科通院等の医療に関するもの、②社会復帰施設の利用時に関するもの、③精神障害者の財産等に関するもの、④人権啓発に関するもの、などが考えられる。①や②については、前述の精神医療人権センターや精神障害者の社会復帰施設を対象とする福祉オンブズマン等が考えられる。③については、「地域福祉権利養護事業」から名称が変更となった「日常生活自立支援事業」(平成19年度以降)や「成年後見制度」がある。④については、法務局人権擁護委員会や自治体の人権センター、家族会、運動団体等が対応していると考えられる。

①や②の精神医療人権センターや福祉オンブズマン等は、大都市に設置されているところがあるのみでほとんど設置されていない現状である。精神障害者自身が権利主張センターを設置して、問題を抱えた精神障害者の相談に応じ、また精神科病院および診療所や行政窓口、社会復帰施設や地域の施設等に必要に応じて同行する活動をはじめている。<sup>注14) 注15)</sup>

地域生活に関係する権利擁護で重要な活動は、当事者会を含めた精神障害者自身の活動である。当事者会での活動や当事者が相談に対応するピアカウンセリング活動や前述の当事者による調査活動等は、当事者の現状を把握し権利擁護に必要な制度を構築するうえで必要不可欠な活動である。精神障害者である当事者が精神障害者の支援を行うことで、専門職が関わる以上に効果があることが多い。そのことから、精神障害者自身が行う、地域生活のための支援や権利擁護に関する活動について、専門職のみならず市民をまきこんで支援していく体制づくりが必要ではないかと考える。

## 3. 本節のまとめ

先行研究では、措置入院や市町村長同意および精神医療審査会についても、各自治体の運用方法に違いがあると指摘している。また、先行



研究には、強制入院等を経験した当事者自身の権利擁護に関する記述も、また精神保健福祉士や看護師等の精神科病院スタッフによる精神障害者の権利擁護について記載されたものも少なかった。そこで、精神障害者の権利擁護を誰がどのように担っていくのか、精神障害者自身および支援者が必要と考える権利擁護について検討するため、実態調査を実施した。

## 第2章 精神科ユーザー調査および支援者調査

精神障害者自身が必要と考える権利擁護の方法について明らかにしている調査はほとんどないので、精神保健福祉法上の権利擁護の制度の現状と精神障害者自身が考える権利擁護について明らかにするために「第1調査」を実施した。

また、精神科病院および地域生活において精神障害者の支援を行っているピアスタッフおよび支援を行っている専門職等の視点から、精神保健福祉法上の権利擁護の制度の現状と今後の方向について明らかにするために「第2調査」を実施した。

### 第1節 精神科病棟入院の現状—精神科ユーザー調査〔第1調査〕

#### 1. 調査の概要

##### (1) 第1調査の目的

精神障害者の権利擁護に関しては、強制入院時および入院中の処遇および地域生活に係るものなどもあるが、第1調査では強制入院に係るものに焦点をあてて取り組む。

第1調査では、「精神障害者が精神科病院の入院の体験から考える権利擁護」を調査することを通して、強制入院中の権利擁護に関して現在の精神保健福祉法の制度で可能なこと、および今後必要な制度について考察することを目的とした。

権利擁護に係る精神科病院スタッフ（精神科医師、精神保健福祉士、看護師等）や保護者、警察関係者等を対象とした調査も必要と思われるが、第1調査の対象は精神障害者本人とした。

また、調査対象とする精神障害者の病名は、「精神障害者が精神科病院の入院の体験から考える権利擁護」の調査を目的とするため統合失調症に限定せず、現在地域で生活している強制入院の経験をもつ者とした。

##### (2) 調査の実施主体

保健師・精神保健福祉士 水戸川真子

##### (3) 調査の内容

強制入院時の体験および精神障害者に必要と思われる権利擁護等のシステムについてヒアリングを実施した。

##### (4) 調査の対象

厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料より、平成16年6月における人口万対精神科病院病床数

および人口万対精神科病院在院患者数、人口万対措置入院者数および平成17年医療施設調査における人口10万対精神科病床数が概ね全国平均である自治体Aの地域を調査対象とした。

結果、今回の調査対象は、次の通りとなった。

強制入院の体験をしている精神障害者（以下、精神科ユーザー<sup>注16)</sup>）

- ・30代～60代、11名（男性7名、女性4名）。
- ・統合失調症の方8名、その他3名。
- ・入院形態は、精神衛生法の同意入院、医療保護入院、任意入院。

#### (5) 調査方法

地域活動支援センターおよび当事者会へ調査の協力を依頼し、入院に関する体験および現状と問題について、自由な意見と見解をインタビュー方式にて実施した。

#### (6) 調査時期

平成19年（2007）8月9日～26日

#### (7) 調査の分析方法

ヒアリング調査にて聴取した内容を分類整理した。

#### (8) 倫理的配慮

研究の目的について十分な説明を実施。本研究の調査分析においては、調査対象群を区別せず問題整理のうえ簡単な統計処理を行った。

## 2. 第1調査の結果と分析

### (1) 入院時の説明について

入院時に病名や治療等についての説明をうけなかったとの回答が多く、また「説明なく取り押さえられて、病院に入院させられた。」と回答する者もいた。

入院時の説明についての意見としては、「症状にかかわらず説明するべき。興奮していても説明をして、落ち着いてから再度説明するべきだ。」「興奮していても記憶に残っていることもあり、入院時の出来事が心の傷になっている人も多い。」「納得できるように、努力するべき。家族にもきちんと説明してほしい。」と回答しており、本人が治療に同意しなくても病名や治療について納得が得られるように説明することが治療開始の前提ではないかとの回答が多数あった。

説明することで、主治医への信頼感が高まり治療効果もあがる。精神症状を理由に、説明しても理解できないと、勝手に判断しないで欲しいとの意見もあった。

### (2) 退院請求および処遇改善請求等について

退院請求および処遇改善請求について、入院時に説明があったと回答した者より、説明もなく知らないと回答した者がほとんどだった。「説明があったかもしれないが、問い合わせ先等の詳しいことは分からなかった。」と回答する者もいた。また保護室への隔離について、「任意入院なのに説明なく、保護室に入れられた。」という経験をした精神科ユーザーもいた。

精神科ユーザーの意見としては、「書面の内容が分かりにくい。」「人権擁護の観点からも、理解できるま

で説明するべき。」「退院請求後に、症状が悪くなる人もいる。安全な環境で請求ができるようにするべき。」「任意入院の処遇改善請求や退院制限のことは説明されていない。きちんと説明するべき。」等があげられていた。

入院時だけでなく、理解できるまで何回も説明し説明責任を果たすべきで、理解できるように分かりやすく書いた冊子や掲示物を利用した方がいいとの回答もあった。任意入院の経験のある精神科ユーザーからは、処遇改善請求や退院の申し出をした後に精神保健指定医による退院制限があることを知らなかったと全員が回答している。

### (3) 退院について

入院時だけでなく退院においても保護者の受け入れ等の意志が大きく影響することがあり得るため、家族とは別世帯で自立して生活する支援を考えることも必要との回答があった。

また、精神症状の回復ではなく、「就職が決まったら」「(多量の)作業ができたなら」「保護者がいいと言ったら」等の退院の条件を言われた経験を持つ精神科ユーザーもいた。

### (4) 第三者機関について

「守秘義務は大事だが、一般市民等の第三者が精神科病棟内に入ってこられる環境が大事。」「必要があれば、医療を止められる力が必要。」「外部の人が、退院請求について精神科ユーザーの代わりに聞いてくれたら、病院スタッフはきちんと対応してくれるはず。」「精神科ユーザーが、権利擁護に参加することが大事。」との回答がえられた。

病棟内では精神科医療スタッフと患者の閉ざされた空間なので、第三者の立ち入りに関して協力をして欲しいとの回答が多数あった。また、権利擁護に関する第三者機関の構成メンバーについては、精神科ユーザーや弁護士に限らず様々な専門職および一般市民も参加して欲しいとの回答で一致していた。既存の人権擁護担当部局の人権擁護委員等を活用してはどうかとの回答もあった。

### (5) 強制入院について

強制入院について、「措置入院は一部の人には必要かもしれない。」と回答する者と、「強制入院の制度は必要ない。」と回答する者もいた。

しかし、医療保護入院については、「保護者の都合で退院できない人もいるから必要ない。」「市町村長同意もあるので、誰でも医療保護入院をさせられる可能性がある。保護者がなぜ必要なのか？」等と、医療保護入院は必要ないとの回答で一致していた。医療保護入院制度が今後も運用されるなら、医療保護入院のガイドラインを自傷他害などのあいまいな基準ではなく精神症状等で明確にするべきとの回答もあった。「強制入院の制度を運用するなら権利擁護に関する制度は必須条件である。」と回答する精神科ユーザーも多かった。

### (6) 精神科医療について

精神科ユーザーから、「精神科医療が引き受けすぎている。」「将来の病状や行動の予測まで精神科医療が抱え込まず、入院治療が必要でない人は退院させるべき。」「精神科ユーザーが、病気の苦しい気持ちを伝えられる環境づくりが治療のはじまりだと思う。」との回答があった。

### 3. 本節のまとめ

「精神科ユーザーは、苦しさを伝える能力はあるが、伝えられる環境がないと気持ちを伝えられない。」「暴力をふるったが、本当は苦しさを伝えなかった。」という回答もあった。

「仕事をしている精神科ユーザーが、精神科疾患を抱えていることを、職場の人等の周囲の人に言える環境が必要。」「精神科ユーザーへの差別や偏見をなくすために、教育や啓発が必要。」「強制入院の制度で精神科ユーザーを社会から隔離することは、“(危険だから)隔離が必要な障害者”や“隔離=(精神障害は)不治の病”というイメージが社会に広がることとなり、結果的に偏見につながる。」との回答があり、「退院するのに、地域にいる支援者が後押しして欲しい。」と回答する者もあった。

さらに、入院や治療の必要性について説明不足を感じている者が多く、退院について精神症状以外の条件を言われたという内容から推し図ると、入院の必要性がなくなったのに入院させられている者がいる可能性があると言える。

## 第2節 強制入院の問題点—支援者調査〔第2調査〕

### 1. 調査の概要

#### (1) 第2調査の目的

実際に精神科病院や地域で精神障害者を支援している支援者からみた、強制入院の問題点と必要な権利擁護の制度について考察することを目的とした。精神科医療、地域生活の視点と、専門職・支援者による権利擁護の視点から、調査対象を選定した。

#### (2) 調査の実施主体

放送大学 大曾根研究室

#### (3) 調査の内容

- ①強制入院の必要性
  - ・措置入院
  - ・医療保護入院
- ②精神科病院における治療・ケアの問題
- ③病院外からの第三者的介入の課題

#### (4) 調査の対象

- ①精神医療人権センター (大阪)
- ②ユーザーグループ (大阪)
- ③地域活動支援センター (福岡)

#### (5) 調査の方法

半構造化面接法

**(6) 調査の時期**

平成22年（2010）2月～4月

**(7) 調査担当者**

放送大学教授 大曾根 寛

保健師・精神保健福祉士 水戸川 真子

**(8) 分析方法**

ヒアリング結果のコーディングによる整理と、それを踏まえた政策提案の作成

**(9) 倫理的配慮**

ヒアリングの結果は、承諾がある場合以外は、匿名で掲載することとし、それ以外の目的に使用することはしない。

**2. 第2調査の結果と分析****(1) 入院時の説明について**

「精神症状が落ち着いた後で、経過を十分に説明して、事後でも、当事者から了承を得ることが必要。」「入院させたときの数倍の力をかけて、当事者に説明する必要がある。」等、支援者の回答があった。

**(2) 精神医療審査会（退院請求および処遇改善請求等）について**

「退院請求制度を、当事者に知らせない状況がある。説明する必要がある。」と回答する支援者が多く、精神医療審査会の設置について、「精神保健福祉センターに事務局があって、独立機関と言えるのか?」「精神医療審査会は、行政外の機関である方が望ましい。」と、現在の精神保健福祉センターに設置されている精神医療審査会の独立性と専門性については、疑問を抱く回答が多かった。

「精神医療審査会への請求は、電話や書類でも受理とすべきで、電話と書類の受理とでは7日間の差が出る。」「多忙な人を委員にすると、日程があわずに退院請求の審査結果の通知が遅くなる。」と、退院請求を電話で受理する自治体と文書で受理する自治体がある等の運営について自治体で異なることを指摘する回答もあった。また、精神医療審査会の委員選出について、「精神医療審査は、医療の専門家でなく審査の専門家が必要。」「迅速に対応できる委員を選ぶべき。専門家ではなくても研修を受けた市民が委員になってもいいのではないか。」等の、回答があった。

**(3) 第三者機関について**

「精神科医師は、自分自身の身を守るために、当事者の退院の意思を尊重できない。」「人権面から審査したときに、当事者が不利益をこうむらない制度が必要。」「面会の時に、ベッドサイドまでいけたらいい。面会はロビー等であることが多い。」「第三者が病棟まで入ってきて、人目に触れるかもしれない緊張感が必要。」「退院促進事業とオンブズマン制度をリンクさせたい」との回答があった。

当事者を支援する第三者が病室に入れること、および当事者が入院する精神科病院や行政機関ではない第三者機関が、病室まで入って現状を把握する必要性を支援者は指摘している。

**(4) 強制入院について**

強制入院は必要と回答する支援者が多かったが、「強制力を伴う入院は反対。救急入院の位置づけにすればいい。」と回答する支援者もいた。「医療保護入院の形態は、家族が保護者となって強制入院させたのだから、退院後は家族が面倒を当然みるべきと、家族に責任を押し付けている。家族関係がぎくしゃくして、当事者は癒されない。」と、医療保護入院の制度については、必要ないとする回答が多かった。

「精神医療で強制は必要と思うが、医療を強制する時には、強制を支持するスタッフと強制をやめさせるスタッフが必要。」「強制入院の基準があいまい。身体拘束はチェックするシステムが必要。」「単身の人が増えている。公的機関が関係すると入院させられてしまう。」「医療への入り口として強制力が必要な時もある場合があるが、期間を限定するべき。退院後の生活を視野にいれないといけない。」「強制力を延々と行使できるのはおかしい。」「措置入院で10年以上入院している人がいるが、10年間隔離はありえない。」「精神科病院が治安施設になっている。」等、強制入院の期間については、短期間であるべきであり、退院後の生活への支援を視野に入れて、入院時に治療および支援計画を作成すべきとの回答もあった。

調査対象者の全員が、強制入院の基準の明確化と「どうしても医療介入が必要なら、その後のケアが大事。」「強制入院で受けた傷を、どう癒していくのが大事。」等と、強制入院に伴う心の傷を癒すシステムとケアの必要性を指摘している。

また「任意入院でも医療保護入院でも、精神科病院を転院する自由があっている。」との回答もあった。

**(5) 精神科医療について**

「大阪府精神医療人権センターは、『権利の10カ条』を明示して、病院に立ち入りしている。」「病院はプライバシーがない。」「人生の傷や挫折を丁寧に聞いていくことが治療だと思う。」「精神科病院内に精神科病院のスタッフではなく行政職員として、精神科病院に権利擁護の職員を配置して日ごろから権利擁護と地域生活への支援をしてはどうか。」「入院治療が本当に必要かチェックされていない。」「民間の病床にゆだねられている。民間法人は経営に左右される。」等の回答から、強制入院が実施されている精神科病院で、当事者の権利擁護をどのように保障・審査していくかが指摘されている。

また、「行政（主管課）は、精神病院協会との関係で、救急を受けてもらえないという心配があるから何も言えない。」「精神保健福祉法を担うところとして、行政（主管課）が独立していない。」と、精神保健福祉行政についての回答もあった。

「精神科のイメージが悪すぎる。精神科医療のハードルが高い。」「精神科で治療してよかったと言葉を発する人がいない。個人的に感謝しても言えない、言葉にしない。」と精神科疾患への正しい知識や啓発を求める回答もあった。



### (6) 地域移行支援について

「大阪府では審議会で議論して、社会的入院は人権侵害だとの立場を府がとることになった。」「答申を受けて大阪府は退院促進事業を始めた。国の地域移行支援は過去の経過への反省がない。」、また、「精神保健福祉士は、病院から給料をもらっているから（地域移行支援をするのは）無理と言う。』との回答があり、当事者の権利擁護について正しい理解と反省がないと、地域移行支援はうまくいかない」と指摘していると考ええる。

「（地域移行支援をする）自立支援員が足りない。地道な取り組みで1～4年くらいかかる。」「退院促進は、片手間ではできない。」「行政は地域生活に移行した人数で予算を組むので、出来高制。退院するまでも時間をかけて関わっているし、退院後も関わっていく必要がある。』

「対象者は高齢者が多い。（長期入院のため）外に出るのが怖い。』」ので、「ピアサポーターが病院に行くと、病気の体験を話してイメージしてもらう。」「自宅に招いて地域での生活をイメージしてもらっている。』

この回答から、地域移行支援では入院中の当事者へ時間をかけて支援をしている現状とともに、地域移行支援実施のために必要な人材が不足しているのではないかとと思われる。

また「一般のヘルパーよりも、ピアヘルパーがいい。地域の中に入っていって欲している。」「退院が決まって住居を探すのが大変。大家さんへの研修会が必要。」「人材不足では、患者は管理に置かれている。スタッフをもっと置いてほしい。」「退院した人が孤立しないように、地域で交流会を実施している。』との回答もあった。

### 3. 本節のまとめ

「自分の居場所があること。」「本人のせいにはせず、社会の偏見の中で孤立・孤独化しないこと。」「自分が何か役に立てる場所やサービス。」「病気の体験と人生の体験は、自分だけでは癒されない。」「同じ体験をした人同士の話で自分の傷も癒されていく。すぐには癒されない。」「当事者は話を聞いてほしい。心配事を聞いてほしい。」「行ってまで相談はないけど、いつでも相談できて待ってくれる支援。ピアスタッフがいることが大事。語れる場がある。」「地域生活支援センターがもっと増えてほしい。ホームヘルパーではなくケアマネジャーに来て欲しい。』等の回答があった。

『「症状をなくす』のは医学モデル。『症状があっても生活できる』『症状をもって生きる権利』』が必要で、治療者側が思う権利と違う。「包括型地域生活支援プログラム（ACT）がいいという人も多いが、見守るならいい。病院との橋渡しでは意味がない。病院とは独立してやってほしい。スタッフの教育が肝心。」「権利擁護は、求めている権利の検証から入るのが大事」』との回答があり、また「支援者の質がおちている。もっと足を運んで話を聞いてほしい。』との指摘

もあった。

精神障害者に入院治療を受けさせることが優先されており、入院直後は、退院後の地域生活を目標とした具体的な支援が後回しにされている場合があると考えられる。また第三者が強制入院および入院の必要性を審査する機会はない。つまり、行政（精神医療審査会、精神科病院の管理監督）、精神科病院（管理者・精神保健指定医・精神保健福祉士・看護師等）および家族等の関係者が、精神障害者の強制入院および入院の必要性の判断や審査を行っている現状がある。このような状況では、精神障害者本人が退院の意思を強く示さないと、退院後の地域生活への支援が具体的に得られない場合もあると考えられる。

強制入院および入院の必要性の有無だけでなく、入院生活における面会および通信の制限や保護室における隔離等の判断も含まれるはずの、精神障害者の権利擁護については、行政、精神科病院、家族等の関係者にゆだねられている場合が多く、精神医療人権センター、地域生活支援センターやユーザーグループ等による第三者による権利擁護は、法的に制度化されていないため活動している機関は少ない現状にある。

## 第3章 考察

### 第1節 入院に関する問題点

#### 1. 入院時に関係する権利擁護

強制入院が数十年の長期間に及ぶ理由として、次のような要素が考えられる。

第一に、個人の自由を奪うため慎重な運用が求められる強制入院について、その要件や運用が緩やかであること。

第二に、数か月、数年に及ぶ長期間の入院で、精神障害者が退院の意思を示さず**集団生活に過大に適応**している場合があること。

第三に、退院の強い意思を示す精神障害者に対しては、**社会復帰への意欲のある患者**または無理な要求をする**問題のある患者**のどちらかとして、精神科病院スタッフが精神障害者に関わることとなることが多いこと。

しかしながら、第四に、精神障害者本人が退院の強い意思を示さないと、地域生活に必要な情報や精神科病院スタッフの具体的な支援もないままに**集団生活に順応し、精神科病院を安住の地**と考えてしまう場合もあること。

さらに、第五に、入院時に退院後の**地域生活を前提とした治療および支援計画がたてられず**、入院治療により病状が落ち着いてから、退院後の地域生活を目標とした支援を開始するのは、入院期間をいわずに長期化し地域での生活感覚を鈍くしてしまうこと。

第六に、精神医療関係者や家族の中に、精神障害者を治療して再び地域で生活を共にすることを目的とせず、隔離すること、**入院それ自体が目的**となっている

場合もあること、などが考えられる。

「措置入院の手続き」については、各自治体において運用に差があり権利擁護の観点からも問題であることは先行研究においてもすでに指摘されているところである。措置入院を含む強制入院については、「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」との抽象的な基準だけで、明確なガイドラインが示されておらず入院の判断を精神保健指定医に任せている現状がある。精神障害者の経済状況や家族の意向で入院となっているのは、やはりガイドラインが明確でないこと、また、精神保健指定医と家族等の限られた関係者で判断されるためと思われる。

1991年の国際連合総会で決議された「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」には、『独立機関が、提案された治療プランは患者のヘルス・ニーズにとって最善の利益であると認めること』や『厳密に必要とされる期間を越えて行われない』とある。強制入院については、独立機関の客観的な判断と明確なガイドラインが要求されていると思われる。

以上のことは、入院時だけでなく入院中の精神障害者の措置入院および医療保護入院の必要性を確認する際にも同様に求められていると考える。

したがって、現在の精神保健指定医が記載する定期報告書を精神医療審査会で審査するシステムは、客観性が確保されているとはいえない。強制入院のガイドラインが明確でないことや強制入院の必要性を客観的に審査する機関がないために、精神症状ではなく家族状況や経済状況等により強制入院が左右される可能性があること、また退院に際しても家族の意向や精神障害者の財産や住宅等の環境に左右される可能性があることが第1調査でも示唆されたのではないかと考える。

平成18年（2006）、「精神保健福祉法」改正に緊急時の精神科医療の確保を目的として、精神保健指定医ではなく、「特定医師」<sup>17)</sup>による、医療保護入院や応急入院および任意入院者の退院の申し出を12時間限り制限できること等がもたらされた。

これは、精神保健指定医が不足している精神科病院で、精神保健指定医が診察しなければ医療保護入院等の強制入院が認められないことから、例えば精神保健指定医でなく「特定医師」が当直勤務している場合に、精神保健指定医が診断するまで「特定医師」の診察により強制入院を認めるものである。

しかし、この「特定医師」の制度は、できるだけ早く精神障害者に入院治療を受けさせて保護することを目的としているが、強制入院に関して透明性と期間を最小限に留めることが国際的に求められている状況に逆行したものと言える。

今後の精神保健福祉法改正には措置入院や医療保護入院および応急入院について、独立機関の関与等を含めたさらなる厳格な手続きとガイドラインを明示する必要があると思われる。

さらに、市町村長同意による医療保護入院について

は、先行研究において、市町村長同意のある医療保護入院者の自立に向けた市町村の支援が、不足しているか、または精神科病院任せになっていることが指摘された。

このことは、措置入院という形態ではないが市町村長が同意して入院させているため市町村長が保護者として強制入院にさせている状況と考えられる。そのため、入院後、相談・援助を通して早期退院を目指すのは市町村長の義務と思われる。

現行法においても、市町村長同意を入院時の1回のみではなく、1年毎に面接して改めて同意する制度に変更する等の検討は可能ではないかと考える。今後の改正で市町村長同意そのものの必要性の検討と、一定の基準を法律に盛り込むこと等を検討することが必要である。

## 2. 説明と同意

### (1) 入院の必要性に関する説明が不十分

強制入院に限らず、入院治療が必要な病気および治療について説明を行うことは、精神障害者に限らず一般的に患者の権利を守る第一歩であると思われる。第1調査で入院の必要性を説明されなかったという意見があり、精神症状の悪化による興奮状態でも入院時の精神保健指定医や家族等の言動を詳細に覚えている場合もある。

1991年、国際連合総会で決議された「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」にも『患者のインフォームド・コンセントなくして治療が認められる場合においてもなお、患者に対して治療の本質及び他の可能な方法について知らせ、及び治療プランの進展の際可能な限り患者を取り込むよう、あらゆる努力がはらわれなければならない。』とある。説明の努力が求められており、症状がおちついた後にも説明する必要があると考える。

入院の必要性と治療の必要性を別の人格である家族に説明し、それを、「保護者」という立場で同意する『医療保護入院』という入院形態は必要ないのではないかと意見もあった。入院および治療の必要性、さらに退院後の地域生活を目標とした支援内容について、精神科医師だけでなく看護師や精神保健福祉士等の精神科病院のスタッフがそれぞれの専門性を生かして説明または話し合うことのできる入院形態が別途必要である。

精神科病院スタッフが精神障害者に入院の必要性や病気および治療について説明をすることは、退院後の地域生活を精神障害者自身と一緒に考える上でも非常に重要なことである。入院や保護室への隔離等について、事後でも説明をして精神障害者の同意を得る努力をするべきであり、同意が得られない場合は第三者が客観的にそれ以外の方法がなかったかを審査するべきだと考える。精神科病院スタッフ以外の精神障害者または第三者が納得できない強制入院や隔離等は、精神障害者の人権を明らかに侵害していると考えられるべき



である。

## (2) 退院請求等の制度の周知が不十分

精神医療審査会への退院および処遇改善請求の件数および審査結果通知までの日数が、各自治体で大きく異なっている。

請求件数が少ないことは、精神医療審査会への退院および処遇改善請求の制度の精神障害者への周知がされていない可能性があることを示している。

また、審査結果通知までの日数が長いことは、専門機関ではなく精神保健福祉センターの附属機関の位置づけである精神医療審査会の制度自体に問題があると考えられる。

精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会(2005)『精神医療ユーザーアンケート報告書』の中で「入院時の文書説明を受けていないと回答した人が、30.2%いた。…病院から、退院請求や処遇改善請求を「精神医療審査会」に申し立てる権利があることを知らされたことはないと回答した人が60.0%いた」とあり、また、第1調査でも退院請求について知らないと答えた精神障害者がほとんどだった。

退院請求等に関する事項を書面で通知する者は、措置入院の場合は行政職員であるが医療保護入院および応急入院では精神科病院管理者である。強制入院させられた精神障害者の権利としての退院請求なので、周知されていないことは権利侵害ではないかと考える。

表1で示すとおり、精神障害者への書面での告知期限は医療保護入院では4週間と猶予がある。退院請求等に関して症状がおちついてから理解できるように説明することは可能と思われ、また入院時の1回の説明だけでなく必要があれば再度説明をすることも求められると考える。第1調査で、書面の通知内容が理解しにくいとの意見もあったからである。

平成12年(2000)厚生労働省通知の「精神科病院に入院する時の告知等に関する書面及び入退院の届出等について」<sup>[注18]</sup>の「医療保護入院および措置入院に際してのお知らせ」(以下、「お知らせ」)の様式には、『退院請求』や『処遇改善請求』という記載はない。また「お知らせ」には、退院請求および処遇改善を都道府県知事等に請求するための連絡先として、審査を行う『精神医療審査会』ではなく、精神医療審査会の事務局が設置されている『精神保健福祉センター』が記載されている自治体が多い。したがって、『精神医療審査会』という機関の名称を、精神障害者が知る機会ほとんどなく、『精神保健福祉センター』が『退院請求および処遇改善請求』を審査していると認識している精神障害者が多いと考えられる。

書面通知の内容を理解できるように工夫するとともに、権利について分かりやすく解説したパンフレットや冊子等を配布または病棟に置いておく等は、現行法内でも可能ではないかと考える。

## (3) 隔離(保護室)に関する説明が不十分

精神科病院では、治療上の必要性から精神障害者の意思で病棟から自由に入出入りできない閉鎖病棟や部屋

から自由に入出入りできない保護室がある。

第1調査においても、保護室がどのような環境か説明がなかったことや保護室に入る(隔離する)理由を説明されなかったとの意見もあり、2で前述した入院の必要性に関するインフォームド・コンセントと同様に、精神障害者が隔離や身体拘束について説明を受けることは必要不可欠である。

また、保護室での隔離や身体拘束は必要最低限であることはもちろんのこと、精神科病院スタッフ以外の第三者(精神医療オンブズマン等)による監視等も権利擁護の観点から必要ではないかと考える。

## 第2節 退院と地域生活

### 1. 権利擁護のための機関

#### (1) 精神医療審査会の機能

『措置入院』の際に精神保健医療の主管課が通知する「措置入院通知書」や精神保健福祉センターが事務局である『精神医療審査会』で審査された結果を通知する「退院(処遇改善)請求結果通知書」「退院・処遇改善命令書」も『都道府県知事等』が通知する。行政内での担当部局は異なるかもしれないが、通知者が『都道府県知事等』であるため、通知を受ける精神障害者にとっては、例えば「措置入院をさせた行政機関が、退院請求を審査している」ようにしか受け取れない現状がある。

このことから、精神医療審査会は都道府県等に設置義務があるが、同じ行政機関である精神保健福祉センターに事務局をおくことは、客観的に専門性と独立性を確保しているとは言い難い。

退院請求および処遇改善請求の受理から審査結果通知までの、平成20年度(2008)の平均日数は34.1日となっている。1ヶ月以内に通知している自治体は、64自治体のなかで29自治体(45.3%)である。

厚生労働省は「精神医療審査会マニュアル」で『おおむね1ヶ月』としているが、おおむね1ヶ月を超過する原因として精神医療審査会の委員の選出方法や事務局である精神保健福祉センターの運用方法(人権に関する専門機関ではないこと)等が考えられる。

以上のことから、各自治体の精神医療審査会の運用についての評価および検討と、「精神医療審査会マニュアル」それ自体の評価および検討が必要なのではないかと考える。強制入院の手続き同様に運用について細かい規定がないため、各自治体により手続きが異なっている状況は、権利擁護の観点から問題があると考えられる。

現行法内で精神障害者の権利を守るためには、運用について詳細なマニュアルで実施すべきである。退院請求受理後に迅速に病棟内で意見聴取を実施するために、精神医療審査会の委員は日程調整が困難である多忙な者を任命せず、日程調整が容易な委員や研修を受けた市民を委員にしてはとの意見が第2調査であった。



今後の改正では、専門性と独立性を確保し一定の権限をもたせるために、精神医療審査会は都道府県等の行政機関ではなく、裁判所や法務局等の第三者機関に設置運用することが望ましい。また、精神医療審査会委員は精神障害者の権利擁護に理解のある専門職を中心として、権利擁護に関する研修を受講した市民等が多く参加することで、迅速な対応が可能になるかと思われる。

## (2) 精神科病院の第三者による監視

今回の調査では、第三者が病棟に入ってきて欲しいとの意見が多くあった。広い意味の「第三者」には、精神障害者を支援する者と、入院に関わる精神科病院のスタッフ・行政機関職員以外の第三者機関の両者を含むと考える。

また、精神科病院内に、精神科病院のスタッフではなく、行政職員として精神科病院に権利擁護の職員を配置して、精神障害者の権利擁護と地域生活への支援をしてはとの意見もあった。

精神医療オンブズマン制度として、弁護士等の専門職だけでなく、研修を受講した市民が精神科病院に入ること、精神科病院での精神障害者の処遇を確認できる。さらに地域で生活している市民（精神障害のある当事者を含む）と、入院している精神障害者が接することで、入院している者が地域生活のイメージを抱く機会となり退院および治療意欲が増すのではないかと考える。このことは、精神障害者の権利擁護の観点だけでなく、精神科医療従事スタッフにとっても精神科医療の透明性をアピールでき、精神科医療への偏見や誤解を解消することにもつながる。このようにして、今後、制度として全国にオンブズマン制度等が広がっていく必要があると考える。

## 2. 地域生活に係る権利擁護について

### (1) 精神障害者への偏見

精神障害に関する間違っただけの記事や偏見に満ちた事件報道などから、無意識のうちに「精神障害者は危険だ」というイメージや、また調査の意見にあるように「強制入院制度が必要な危険な障害者」というイメージが、精神障害者への差別や偏見を増長していると考えられる。精神科に通院していることや精神科の病気について同僚や友人に言えない状況は、精神障害者に対する偏見や差別が存在していること示している。

### (2) 精神疾患に対する理解と教育が不十分

精神病症状を早期発見し早期治療することで、症状の重症化や社会機能の低下の軽減が期待できるとの報告があり、イギリス（播磨博彦ほか（2007））やオーストラリア（堀口寿彦（2007））などでの効果についても報告されている。また、精神疾患に対する教育や周囲の人が精神病症状に気づいたら速やかに受診できる社会環境（偏見や差別が受診を躊躇させる要因と考える）やシステムの必要性についても指摘されている。

ここで示す早期発見は精神病症状を探し出すシステ

ムではなく、精神病症状に周囲の人が気づいたら精神科受診を勧奨できる環境および本人が困ったときに躊躇することなく受診できる環境のもとで、精神病症状に周囲の人または本人が気づいた場合に、精神科受診を含むさまざまな選択肢から本人が選択できることと考える。

これらの前提として、精神障害者に対する偏見や精神疾患に対する間違っただけの理解への系統だった教育および啓発を行うことが必要不可欠である。そのためには、地域生活支援センターが精神障害者の相談および支援の拠点として地域に定着することと、行政と地域生活支援センター等とが連携して精神障害者への理解と啓発を行わなければならない。早期発見や早期治療により強制入院が必要な精神障害者は減少すると予想されるため、通院治療を活用しながら地域で生活を送る精神障害者が増加していくことを期待したい。

## 第4章 提言

治療に関する医療の一般的な視点からみると、精神障害者本人の同意を得る前にでも、できるだけ早く治療を開始することが本人の利益だと医療者は考えるのだと思われる。

また一方で、「自己決定」の視点からみると、生命に関わる緊急な状況の時は別として、医療も生活・人生の中の一部だから本人の意思を最大限に尊重すべきと、精神障害を抱える方自身は考えると思われる。

したがって、精神障害者の生命を守るために入院治療が必要ではあるが、それに関連して精神障害者の権利を侵害している可能性があることを精神科病院のスタッフは念頭に置いて支援しなければならない。権利擁護の制度は、精神科病院や行政の管理監督に任せるだけではなく、精神障害者本人が審査請求できる制度、精神障害者を支援する第三者が審査請求できる制度および審査請求がなくても第三者機関が審査する制度等、できるだけ多くの選択肢を準備して多角的なシステムを作る必要がある。

さらに、精神障害の障害特性のゆえもあり、「強制入院の必要性」・「医療の必要性」・「処遇の妥当性」について、定期的に審査する必要がある。

以上の考察をふまえて、本稿では、現行の精神保健福祉法で、権利擁護の強化がまだまだ可能であることを述べ、次に、立法手続きが必要なことについて、本研究にて整理したことをとりまとめる。

### 第1節 現行の精神保健福祉法で対応可能なこと

#### 1. 強制入院の運用に関すること

##### (1) 措置入院

各自自治体同様の手続きで、措置入院に関する手続きを厳格に行う。また、措置入院ガイドラインを作成し、措置入院の要件の明確化と入院と同時に退院への支援計画を立案するように求める。措置入院に関わる

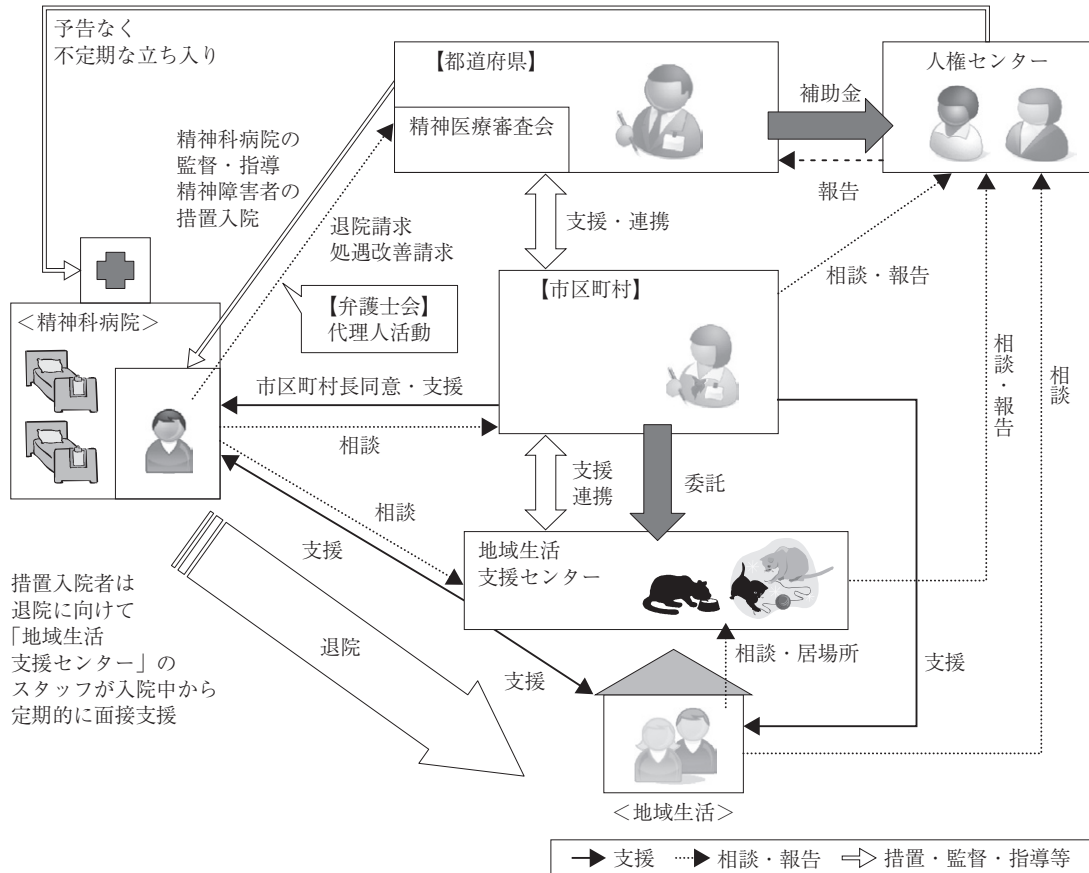


図2 現行法内での強制入院者を中心とした支援と関係機関

調査や事務は都道府県職員が実施し、市町村職員は措置入院者の支援を実施する。市町村職員および第三者機関として地域生活支援センター等の職員が、措置入院者に対し、入院時から定期的に面接や支援を実施する（図2参照）。

市町村職員の支援を受けながら、地域生活支援センターが退院に向けた地域生活への支援計画を立案し、入院中から支援を行う。第三者機関である地域生活支援センター職員が措置入院者の支援を目的に病院内に出入りすることで、他の入院者の相談に対応することも可能と考えられ、また病院内の処遇等の状況について見聞する機会があると思われることから権利擁護としても期待できると考える。病院内の専門職は治療の観点からの支援と地域生活支援センター職員等が作成した支援計画にそって側面的に支援を行う。

措置入院の期間を限定し、必要な際は入院中の病院以外の精神保健指定医2名の措置診察と支援者の報告書から継続をすべきかどうかを審査する。

## (2) 医療保護入院

医療保護入院のガイドラインを作成し、医療保護入院の要件を明確化し、入院と同時に支援計画を立案するように求める。

市町村長同意の事務マニュアルを徹底することと、現在は医療保護入院時の同意のみで更新等の手続きはないため、定期的に市町村長同意を依頼し面接のうえ

再度同意をする等、市町村長同意に期限を設けるようマニュアルを変更する。

## 2. 権利擁護の方法に関すること

強制入院の必要性や治療および保護室等についてインフォームド・コンセントを徹底する。また退院請求等を含む権利擁護に関する制度について、理解できるまで何度も説明する。どの自治体においても、同様の手続きで、精神医療審査会事務を行う。精神医療審査会の委員について、現地意見聴取等に柔軟な対応が可能な委員を選出するとともに、合議体の半数は権利擁護に見識のある委員が望ましいと考える。また権利擁護について合議体等で研修や意見交換を行い、委員自身が権利擁護の認識について研鑽をする場が必要かもしれない。

図2で示すように、市町村は、地域生活支援センターと連携をとりながら、精神障害者の支援や相談を行う。支援を通して得た精神科病院や地域生活等の権利擁護に関する情報について、人権センターに相談する。人権センターは、相談・苦情を受けながら精神科病院や地域生活等の権利擁護についての情報を集積していく。また人権センターは集積した情報と不定期に精神科病院に立ち入った状況を分析し、必要なときには、都道府県に報告する。都道府県は人権センターと連携をとりながら精神科病院に指導を行う等、権利擁護

護に関する事案について対応する。

精神障害者の支援者は、権利擁護について正しく理解していることが前提となる。資格をもった専門職であっても、精神障害者の権利擁護について理解しているといい難い専門職もいる。また、資格をもっていないけれども精神障害者の権利擁護について理解している支援者もいる。相談した支援者が資格をもった専門職であっても、権利擁護について理解がないと、支援を受けた精神障害者の将来に少なからず影響を与えられ考えられる。資格の有無にかかわらず、関係する専門職は、権利擁護について正しい理解をもっていることが最低限の条件である。

## 第2節 精神保健福祉法の改正が必要なこと

### 1. 強制入院の運用に関すること

#### (1) 措置入院

強制入院の決定の際、行政機関や精神科医療スタッフおよび家族以外の独立機関の、共同作業による判断により、強制入院の必要性が明確にされる。また、期限は、原則1ヶ月を超えないものとし、その期間内でその後のことを検討する。措置入院の運用を厳格にすることにより、措置入院を安易にせず民間の精神科病院以外（公的な病院）に措置することを原則とする。

#### (2) 医療保護入院

医療保護入院における市町村長同意制度の必要性を再検討する。また、保護者概念も再検討する。

2000年にスタートした成年後見関連立法では、精神保健福祉法の規定を改正（51条の11の2）し、市町村長に、家庭裁判所への後見申立て権限を与えた。そして、後見人・保佐人は、精神保健福祉法上、保護者となるのであるから、当該後見人等は保護者としての立場で、同意を与えればよいのであって、もはや市町村長が同意を与える必要はなくなっている。

したがって、少なくとも精神保健福祉法上の市町村長同意による医療保護入院は廃止し、市町村による支援を明確化する立法をすべきである。

### 2. 権利擁護の方法に関すること

精神医療審査会に関し、都道府県等の行政機関以外での独立機関への設置が求められていることは、再三述べてきた。これを実現するための立法作業としては、2006年の障害者自立支援法施行とともに法令上は廃止された「精神障害者地域生活支援センター」（一部の都市では残存している）のイメージを復活させ、精神保健福祉法上の明確な法文の根拠を持つ人権保障と生活支援のためのセンターを確立すべきである。

そこでは、入院や隔離に関する人権擁護のための第三者機関としての監視を義務づけることとなろう。また、統合失調症やうつ病等の早期発見と早期受診に関しても、当該センターを拠点として健康診査とフォローの体制を確立すべきである。

### 第3節 おわりに

本研究の調査を通して、精神保健福祉法が、実質的には精神障害者のよりよい治療や社会復帰というよりも、家族や社会から隔離し、入院させるための法的根拠としての側面を強く残していることを確認した。今後は、入院を前提とした現行法の改正ではなく、精神障害者の権利擁護を念頭に置いた医療と生活支援について新たな法律が必要と思われる。

しかし、法律の改正等とともに一方で重要なのは、精神障害者の支援に関わる専門職への権利擁護の教育である。精神科病院スタッフや専門職の中には、現行法の中でも精神障害者の立場に立った温かな支援をされている方も多くいる。一方で、「再入院しないのが目的なので、就労しなくていい」や「長年病院にいたのに、退院促進事業で病院を追い出されてかわいそう」と言う専門職と出会うことがある。専門職と言われる者が、精神障害と向きあいながら暮らす者の地域生活の邪魔をしないこと、その認識をもつことが権利擁護の最低限の義務だと考える。

今後は、精神障害者の強制入院に関する権利擁護から、地域生活全体を支える制度や活動について検討を重ねていきたい。

### 謝辞

本研究の調査に快くご協力いただいた地域活動支援センター所長、精神科ユーザー、地域生活支援センター、大阪精神医療人権センター等のみなさまに心からお礼申し上げます。

### 注

- 1) 本稿執筆時点での最終改正は、平成18年（2006）6月23日
- 2) 昭和12年（1937）以来“精神分裂病”と訳されていたが、全国精神障害者家族会連合会の問題提起を受けて、平成14年（2002）に日本精神神経学会が“統合失調症”に病名を改称。平成17年（2005）「精神保健福祉法」改正時に法律上も正式名称となった。
- 3) 『疾病及び関連保健問題の国際統計分類』（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）とは、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関（WHO）によって公表されたもの。精神医学の領域において、ICD-10は、アメリカ合衆国精神医学会の定めた『精神障害の診断と統計の手引き』第四版（DSM-IV）と並び代表的な診断基準の一つとして使用されている。
- 4) 平成14年（2002）に厚生労働省障害保健福祉部が、平成11年（1999）患者調査をもとに算出したもの。平成14年（2002）12月24日、閣議決定された『障害者基本計画』に基づく『重点施策実施5か年計画』（平成14年12月24日障害者施策推進本部決定）に精神障害者施策の充実として、「条件が整えば退院可能とされる約72,000人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討する。」とある。



- 7万2千人の内訳は、次のように推計された。症状性を含む器質性精神障害を有する者、約8千人。その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的短期の入院のもの（概ね5年未満）約1万9千人。その他の精神疾患を有する若年者（概ね55歳未満）で、比較的長期の入院のもの（概ね5年以上）約1万1千人。その他の精神疾患を有する高齢者（概ね55歳以上）約3万4千人。
- 5) 指定都市とは、地方自治法で「政令で指定する人口50万以上の市」と規定されている都市。平成22年（2010）3月現在の指定都市は、北から札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、川崎市、横浜市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市の18市。
  - 6) 渋谷秀樹・赤坂正浩（2000）『憲法1人権』有斐閣アルマ、pp.18、pp.30
  - 7) 精神医療と法に関する委員会「保安処分と司法に関する小委員会」（1999）「新規措置入院の現状—1995年度都道府県新規措置調査報告—」『精神神経学雑誌』101巻4号、pp.392-401
  - 8) 精神神経学会・精神医療と法に関する委員会（1999）「市区町村長同意で医療保護入院中の精神障害者の実態、および市区町村長の保護義務履行に関する病院の意見に関する調査」『精神神経学雑誌』101巻8号、pp.672-702
  - 9) 山崎敏雄（2002）「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年度厚生科学研究費補助金報告書 入院中の精神障害者の人権確保に関する研究報告書』主任研究者；浅井邦彦
  - 10) 大曾根寛、深谷裕（2004）「精神障害者の権利擁護システム研究～精神医療審査会の機能と今後の課題～」『放送大学研究年報』No22、pp.1-17
  - 11) 平成15年（2003）4月19日に、長崎・佐賀・熊本・福岡の精神障害者が集まり、精神障害者九州ネットワークを発足。10月に厚生労働省社会援護局精神保健福祉課の諮問機関の「精神病床等に関する検討会」の厚生労働省委員であった精神障害者九州ネットワークメンバーから当事者の視点での調査研究活動の提案があり、精神障害者九州ネットワーク調査研究会が発足。平成16年（2004）9月3日～11月30日、アンケート式調査を全国の精神医療ユーザーを対象に実施。平成17年（2005）6月、日本では初の精神医療ユーザーによる本格的調査研究書、「精神医療ユーザーアンケート『ユーザー1000人現状と声』」調査研究報告書を発刊。8月、精神障害者九州ネットワーク調査研究会から、運営主体を特定非営利活動法人全国精神障害者ネットワーク協議会に変更した（略称：NPOゼンセイネット）。現在も、精神医療ユーザーを対象とした報告書を発刊している。（<http://www.zenseinet.com/index.htm>）
  - 12) 精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会（2005）『精神医療ユーザーアンケート報告書ユーザー1,000人の現状と声』康真堂印刷、pp160-163
  - 13) 吉原明美（2004）「大阪の精神医療オンブズマン制度について」『精神保健福祉』vol.35、no.4、pp343-346
  - 14) 「精神病」者集団による、権利主張センター中野。
  - 15) 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」『季刊 地域精神保健福祉情報Review』12巻、4号、pp29-33
  - 16) 精神科・神経科に入院や通院の体験を持つ当事者のこと。したがって、精神科・神経科に過去に入院や通院

したが現在はしていない者も「精神科ユーザー」であり仲間である。

- 17) 「特定医師」は、平成18年（2006）「精神保健福祉法」改正で創設されたもの。
  - 一 四年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
  - 二 二年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
  - 三 精神障害の診断又は治療に従事する医師として著しく不相当と認められる者でないこと。
- 18) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知（平成12年3月30日、障精22）

## 参考文献

- 1) 「精神障害者の主張」編集委員会編（1994）『精神障害者の主張 世界会議の場から』解放出版社
- 2) 池永満（1997）『患者の権利』九州出版会
- 3) 新保祐元（1998）「保護者制度の公的責任と医療保護入院」『臨床精神医学』第27巻、第10号、pp1233-1235
- 4) メアリー・オーヘイガン著、長野英子訳（1999）『精神医療ユーザーのめざすもの—欧米のセルフヘルプ活動』解放出版社
- 5) Gマッセ・Xウッサン著、桑原寛他訳（2001）『フランスの精神科医療体制』、EXP
- 6) 岩尾俊一郎（2001）「地域差からみた措置入院」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp.769-774
- 7) 昆啓之（2001）「倫理的視点から見た措置要件」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp.779-783
- 8) 岡田幸之・安藤久美子（2001）「司法精神医学的視点からみた措置要件」『精神科治療学』第16巻、第8号、pp.785-790
- 9) 高橋丈夫・八田耕一郎（2001）「非自発性医療：精神科救急医療と救命救急医療のアナロジー」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp.775-778
- 10) 特定非営利活動法人患者の権利オンブズマン（2001）『医療事故・カルテ開示・患者の権利』明石書店
- 11) 池末亨（2002）「家族の立場から見た任意入院」『臨床精神医学』第31巻、第12号、pp1501-1504
- 12) 川本哲郎（2002）「任意入院と人権」『臨床精神医学』第31巻、第12号、pp1477-1480
- 13) 城野匡・高森薫生・北村俊則（2002）「精神保健福祉法における任意入院と患者判断・同意能力」『臨床精神医学』第31巻、第12号、pp1471-1476
- 14) 平賀正司・坂口正道（2002）「任意入院と医療保護入院」『臨床精神医学』第31巻、第12号、pp1495-1500
- 15) 滝沢武久（2003）『精神障害者の事件と犯罪』中央法規
- 16) 藤野ヤヨイ（2003）「精神科病院の特質と入院患者の人権」『現代社会文化研究』No.28
- 17) 世界保健機関（WHO）編、中野善達監訳（2004）『世界の精神保健 精神障害、行動障害の新しい理解』、明石書店
- 18) 西尾雅明（2004）『ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版
- 19) 安藤高行（2005）『基本的人権（総論・精神的自由権・経済的自由権）』法律文化社
- 20) 芹沢一也（2005）『狂気と犯罪』講談社+α新書
- 21) 山崎敏雄（2005）『平成17年厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）措置入院制度の適正な

- 運用と社会復帰支援に関する研究』
- 22) 横地光子 (2005) 「精神医療をめぐる民事上の問題—診療契約の当事者は誰か。判例研究より—」『臨床精神医学』第34巻、第10号、pp1441-1452
  - 23) NPO法人大阪精神医療人権センター (2006) 『精神病院は変わったか? NPO大阪精神医療人権センター20年の取り組みから』、関西障害者定期刊行物協会
  - 24) NPO法人全国精神障害者ネットワーク協議会 (2006) 『第2回精神医療ユーザーアンケート ユーザー1000人の現状と声 調査報告書2006年12月』城島印刷社
  - 25) 浅井邦彦 (2006) 「精神科医療における『拘束』をどう考えるのか」『季刊 地域精神保健福祉情報Review』14巻、1号、pp14-17
  - 26) 池淵恵美 (2006) 『統合失調症へのアプローチ』星和書店
  - 27) 河野正輝 (2006) 『社会福祉法の新展開』有斐閣
  - 28) 特定非営利活動法人患者の権利オンブズマン (2006) 『新・患者の権利オンブズマン』明石書店
  - 29) トリエステ精神保健局・小山昭夫訳 (2006) 『トリエステ精神保健サービスガイド』現代企画室
  - 30) 原田誠一 (2006) 『統合失調症の治療～理解・援助・予防の新たな視点』金剛出版
  - 46) 森豊 (2006) 「精神保健当番弁護士十二年の総括と司法改革」『自由と正義』Vol.57、No.2、pp72-81
  - 47) RAC研究会編集 (2007) 『システムから変えたニュージージーランド 当事者参加のあり方』RAC研究会
  - 48) 笠井清登 (2007) 「統合失調症脳画像研究と早期診断」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp405-408
  - 49) 『厚生指針 国民衛生の動向 2007年』第54巻第9号、pp.112-118
  - 50) 厚生労働省『平成21年度保健・衛生行政業務報告』
  - 51) 厚生労働省、精神・障害保健課、「障害保健福祉関係主管課長会議資料 (平成21年3月15日開催)」、(WAMNET)
  - 52) 精神保健福祉研究会監修 (2007) 『三訂精神保健福祉法詳解』中央法規
  - 53) 小林啓之・水野雅文 (2007) 「早期診断と治療の根拠」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp377-382
  - 54) 野中猛 (2007) 「早期介入を軸とする精神保健システムの改革」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp409-414
  - 55) 西田淳志・岡崎祐士 (2007) 「統合失調症の早期支援・治療」『臨床精神医学』第36巻、第1号、pp.73-81
  - 56) 林公一 (2007) 『統合失調症～患者・家族を支えた事例集～』保健同人社
  - 57) 針間博彦・石倉習子ほか (2007) 「英国における精神病早期介入の医療制度化の経緯と実際」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp391-402
  - 58) 堀口寿広・安西信雄 (2007) 「統合失調症の未治療期間 (DUP) の発見とその後の研究」『臨床精神医学』第36巻、第4号、pp359-368
  - 59) 八尋光秀 (2007) 『障害は心にはないよ 社会にあるんだ～精神科ユーザーの未来をひらこう～』解放出版社
  - 60) 山崎敏雄 (2007) 「措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究」『平成16年度～18年度研究報告書 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業』
  - 61) 宇佐美しおり・岡谷恵子編 (2008) 『長期入院患者および予備群への退院支援と精神看護』医師薬出版株式会社

(平成22年11月7日受理)