

## 特集 非自発的入院制度をめぐる——医療保護入院を中心に——

非自発的入院について  
——障害者権利条約との関連で考える——

富田 三樹生

現在非自発的入院について論じる時、2006年に国連で採択され、日本政府が署名した障害者権利条約との関係で考える必要がある。その際、第二次大戦後、特に1980年前後以降の国際診断分類の展開における精神疾患と精神障害のスペクトラムと、法的能力と生活機能能力のスペクトラムとの相関関係と矛盾を理解する必要がある。それぞれの理念の展開とその相関の素描を通して筆者の考えを述べる。わが国の非自発的入院問題の解決のためには、根本的な医療政策の転換による地域精神医療への道を選択する必要がある。

<索引用語：非自発的入院，精神疾患，精神障害，法的能力，生活機能能力>

## 1. 問題の提示

我が国の精神科医療における最も根幹の問題は精神病院における非自発的入院と社会的入院である。先ず、図1を参照して頂きたい。

この2つは相互に関係があり、相互に異なったものである。非自発的入院も社会的入院であり、社会的入院も非自発的なものである。そして、こ

の2つとも社会における個人と他者との関係の矛盾・統制・解決のダイナミックスの中で起こる事態であり、病院そのものが社会が生み出したものである。

社会の矛盾は、この精神科問題領域の文脈では、疾病（障害）・法的能力・犯罪（錯乱）である。

テイナ・ミンコウイツ（WNUSP-世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク共同議長）<sup>35)</sup>は医療観察法反対集会で講演を行い、非自発的入院は虐待である、と宣告した。

その根拠に挙げたのが、国連において2006年に採択され日本政府が署名した障害者権利条約であった。権利条約の要諦は「精神障害者を含む障害者」の「法的能力の享有」であり、彼女の宣告はこの問題に関わっており、これが私にとって棘となっている。社会における、精神疾患を有する者の置かれた最も根幹の矛盾はここにある。フーコー<sup>15)</sup>が、古くからあった法的主体の錯乱を古典主義時代の社会的人間の狂気と一致させることが、19世紀の実証的精神医学の役割であった、というのはこのことを指している。

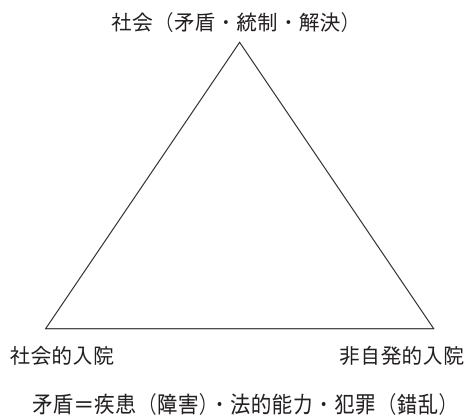


図1 精神病院の難問

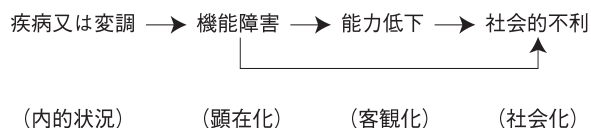


図2 障害の構造  
WHO 国際障害分類試案 (仮訳)<sup>12)</sup> より

## 2. 疾患と障害

図2を参照して頂きたい。

これは、WHO 国際障害分類試案 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICIDH (1980) に示されている図である。

ここでの疾病は disease であり、変調は disorder である。障害は、疾病の諸帰結 (The Consequences of disease) と位置づけられ、機能障害、能力低下、社会的不利を包括している。この試案 (仮訳) に次のような記述がある。

病気 (illness) という現象を考察する場合には疾病 (disease) という概念を用いるのが普通である。疾病という概念とその派生物、例えば国際疾病分類 (ICD) は病的な現象を扱うにあたってあたかもそれが、それを有する個人とは関係がないものであるかのように扱う。長期にわたり支配的であった思想上の伝統はこのような (疾病の病人からの) 分離を促進し、自然界と人間界、無生物と生物、体と心の間のカテゴリカルな区別をする傾向があった。…疾病という思想を病に苦しむ者から分離させることによって、疾病の諸帰結は無視されがちになった。これらの諸帰結…は病気の重荷が増加するにつれてますます大きな重要性をもつようになるのである。この問題は急性の病気と慢性のものとを比較してみることによってわかる。

さらに、以下のように述べられた。

「急性」の場合は、…病気の期間が限られると予測され、日常の義務の免除が当人と他の人にも

受け入れられやすい。また、専門的な助言が受け入れられやすく、集中的努力の正当化もたやすい。「慢性」の場合は、確信や希望が徐々に失われ、自己知覚が体と機能の変化によって傷つけられ、活動の制限が場合によって重度である。さらに他人による義務の免除が認め難くなり、医療の能力の限界が明らかになり、専門家の助言の信頼も受け入れ難くなる。

WHO のこの段階では、その様態を指す包括的用語が確定されていなかった。Illness と disease が医学的に分割された時、なお医学の対象に残されて問題とされる領域をも併せた部分が disorder である。それらの「諸帰結」を背負っている個人の生物-社会的なあり方が、機能障害、能力低下、社会的不利の構造的関係として規定された。疾患-障害概念は、医学的概念と福祉政策の概念として区別され、相互に関係する姿が示された。いずれにしても、地域移行・精神病院の縮小という事態が疾患と障害の区分を不可避なものにしたのである。

ICD は元来国際的な死因 (causes of death または diseases) の統計分類であり、精神疾患はほぼ除かれていた。それが ICD-6 (1948) から WHO の所管となり疾病や傷害を含めた統計分類へと脱皮し、日本は当時 GHQ の指示の下にその枠組みに入った。ICD-6 は精神疾患について米軍の用語集を受け入れた。APA による DSM-I (1952 年) は ICD-6 の改変であった。両者は相互に影響しあう関係にある。DSM-I は、統合失調症も schizophrenic reaction とする当時のアメリカの精神医学の潮流によっており、disorder の分類であった<sup>17,26)</sup>。

1980年、APAはDSM-III<sup>33)</sup>を公表した。原則的に原因論を回避し(PTSDは別格)、分類項目ごとに記述的診断基準を明示して、誰の診断でも一致しやすいように構想された。私はICDやDSMの操作的診断はそれ自体としては臨床(鑑定も加えられる)にはたいして役に立たないという意見に与するが、医療政策の根拠のためには不可避なものでもあろう<sup>34)</sup>。これはアメリカ社会における精神医学の実践モデルの転換を背景としている。マニュアルの特徴である多軸診断もそのためのものである。1963年のケネディ教書<sup>22)</sup>を嚆矢としてアメリカは巨大州立精神病院を解体した。その改革が生み出した現実、ポリスパワーに偏した法積極主義(legal activism)であり、「危険な患者」のみを厳密な手続きで入院させ、精神病患者・精神障害者に「自由」を与え、路上、町中、公園に放り出し、ナーシングホームや、刑務所、拘留所、簡易宿泊所に収容・放置した<sup>32)</sup>。ベトナム反戦と女性解放運動がPTSD問題を浮上させ従来の精神医学を批判していた。精神科医療に投じられる医療費の効果が疑われ医学モデルの変更が迫られ、研究言語を含む諸分野での共通言語を目指す社会政策的統計マニュアルが求められていた。同時期、欧米とは逆に我が国は、高度経済成長の下支え<sup>36)</sup>として、医療法特例などの下で安上がりに精神病院を作り続けていた。

WHOのICDはdiseaseの分類であるが第5章は、既述のような経緯および精神疾患の特質からdisorderの分類・記述・診断ガイドラインである。それは、疾患とも障害とも言い切れない「人格障害」や、「障害」という枠に本来ある精神遅滞をも包含するものであることにも重要な関連がある。

ICD-10(1992年)<sup>41)</sup>には以下のように記されている。

この分類全体を通じて障害(disorder)という用語が用いられているが、これは疾患(disease)とか疾病(illness)などという用語を使用する際に生じる本質的で重大な問題を避けるためである。

Disorderは決して正確な用語とはいえないが、ここでは個人的な機能上の苦痛や障害に伴って、ほとんどの臨床的に明らかな認知可能な一連の症状や行動が存在しているときに用いられている。

さらに認知症については、個人レベルでの、洗面、着衣、摂食、排泄などの身だしなみなど、日常不可欠な活動が文化的な影響はほとんどないか全くないと指摘している。認知症は、疾患の内在性が顕在化される時に能力低下(disability)は機能低下と分離されないことが通常である。日本語訳がdisorderを「障害」としていることにも注目しなければならない。

Illnessとdiseaseの用語について、大熊<sup>27)</sup>は次のように述べている。

疾患(disease)はクレッペリンが疾患単位(disease entity, krankheitseinheit)と呼んだ意味のもので、たとえば進行麻痺のように、一定の病因、症状、経過、予後、病理組織所見をそなえた病的状態で、自然科学概念(生物学的概念)であり、存在概念である。これに対して、疾病(illness)(病気)は、健康と対比される病的に相当する概念であり、疾患によるものだけでなく、人間が社会で生存していく上で不都合な状態であり、価値概念、判断概念(名辞概念)である。

ところで我が国の精神保健行政では周知のように以下のようなものである。

精神衛生法第三条(1950年・昭和25年施行精神衛生法)では、「この法律で『精神障害者』とは、精神病患者(中毒性精神病患者を含む)、精神薄弱者及び精神病質者をいう」となっている。

精神保健福祉法第五条(1993年・平成5年改正)では、「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他精神疾患を有する者をいう」。

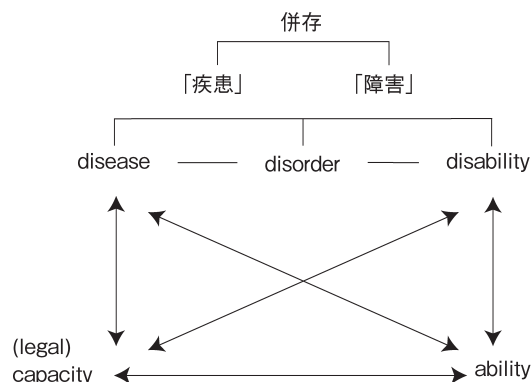
「精神疾患を有する者」は国際疾病分類(ICD-10)の該当項目全体の5章範囲(F00-F99)であ

る、とされた。この法の対象としての「障害」は「疾患 (disorder)」となった。

50年法の法案提出理由（中原参議院法制局参事）では精神病患者、精神薄弱者、精神病質者を含めて、330万から400万と推定されるとし、また法案発議者（中山寿彦参議院議員）は、法制定当時の精神病患者数を64万人と推定していた<sup>42)</sup>。この数の大きな違いはその範囲の人々の数と、そのなかでの入院を要すると推定される数の相違と考えられよう。

知的障害については精神薄弱者福祉法（現知的障害者福祉法 昭和35年〈1960年〉制定）などによって原則的に対象からはずされ、対象としては医学的治療が必要な状態の者に限られた。国際疾病分類を受けて「政府」<sup>29)</sup>は次のように述べている。「疾患」はmentally disorderedで、保健医療政策における捉え方であり、「障害」はmentally disabledである、と。後者は障害者基本法第2条の定義での「長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者をいう」としており、能力障害に着目した概念であるとし福祉政策における捉え方である、としている。

2001年、WHOは国際生活機能分類（ICF）<sup>30)</sup>を公表した。ICFは、1980年版ICIDHを、障害を一般の人々の生活機能の全体の中でとらえかえそうとしている。それを、心身機能・構造と、個人の活動、社会参加の全てにおいて把握しようとしている。生活機能の障害を病気・外傷などから直接に生じる、専門職によって個別の医療を必要とされるアプローチによる医学モデルと、障害を社会によって作られる問題とみなし、障害あるひとの社会への完全な統合を行おうとする社会モデルを統合しようとしている。その上で、障害(disability)は、機能障害(impairment)、活動制限(activity limitation)、参加制約(participation restriction)の全てを含む包括用語である、とした。1980年版と比較すれば、活動制限は能力低下の位置にあり、参加制約は社会的不利の位置にある。Disabilityは障害概念全体を表す言葉となった。



「疾患」：disease または disorder  
 「障害」：disorder または disability  
 併存：「疾患」と「障害」の併存  
 capacity：規範能力， ability：生活機能能力

図3 精神疾患・障害と法的・機能的な能力の関係

以上のように、精神疾患-障害は illness-disease-disorder-disability, という言葉をめぐって、その概念布置が、1960年代以後の医学的・福祉的・社会政策的変遷に伴って変化してきた。現代では illness はおそらく disease-disorder に回収して考えることができる。Disease-disorder-disability の系列は、政策的には従来、日本では障害という言葉でカバーして来たが、disorder で「疾患」と「障害」の両方に重なりながら、前の2つは「疾患」の枠、後の2つは「障害」の枠と見なしてきた(図3)。もちろん、疾患と障害の併存という大枠は、維持される。

この過程は収容政策に偏したパターンリズムの否定を経て地域精神医療へと向かうとともに、地域社会に生活する様々な疾患および障害を持つ者の、主体を重んじた医療と生活の権利と自由を獲得しようとする運動の流れの中で起こっている。ヨーロッパの精神医学は、近代革命から帝国主義時代を経て、第二次大戦後に至るまでの社会で形成されてきた<sup>16)</sup>。クレッペリン、ヤスパース、クルト・シュナイダーなどで代表される精神病理学は、社会から法的能力-刑事責任能力の仕分けの「要請」を受けていた。シュナイダー<sup>13)</sup>が、「循

環病」と「分裂病」は身体に基礎づけられている、つまり疾患であるというのは要請に基づくという時、その主要な意味はこのことである。

それに対して、現代<sup>1,2,5)</sup>は、被害者運動の拡大や体感治安の不安に伴う厳罰化の要請、アメリカにおいてはヒンクリー事件をきっかけとして刑事責任無能力批判<sup>19)</sup>が強まった。「アメリカの田舎では、今や農民より囚人の方が多く」、囚人の中には責任無能力を認められずに収監される精神「障害者」が多く含まれている。英国では、サッチャーの政策によって切り裂かれた社会はトニー・ブレアの再包摂 (bulimia が exclusion を含む) 政策によって、1998年に「反社会行動禁止令」が施行されるような事態を生み出している<sup>6)</sup>。他方で、市民社会での精神疾患を有する者の治療に係る権利と障害を持つ者の社会での権利の双方をにらみながら、精神疾患の診断基準・体系と障害と社会の関係の理解の双方に影響を及ぼしてきた。

### 3. 障害者の権利と「法的能力」

精神疾患とその障害が併存するという特質は、以上のような文脈でその困難をどう克服するかが課題となっている。83年国連人権小委員会にダエス報告書<sup>7)</sup>が提出された。それはレーガルモデルの徹底による精神医学の犯罪学化と言いうるものであった。日本の宇都宮病院問題—精神衛生法改正はこのレーガルモデルとメディカルモデルの対立の止揚の試金石と言いうる<sup>37)</sup>ものであった。

この対立は1991年の国連原則<sup>9)</sup>において一応の決着がついた。原則は persons of with mental illness の権利と非自発的入院というパレンス・パトリエに基づく人権制限としての非自発的入院の矛盾を適正手続きによって乗り越えようとしたのである。原則1(基本的自由と権利)では「可能な最善のメンタルヘルス、人道的生まれながらの尊厳を尊重して処遇される、経済的、性的、身体的その他様々な虐待差別から保護される」とされた。原則1の6では「精神疾患のために法的能力を欠くという決定」などは「国内法が規定する独立かつ公平な裁定機関 (tribunal) による公正

な聴聞を経てなされる」とした。原則11(治療への同意)では、インフォームドコンセントの手続き・原則について言及し、治療と非自発的入院を分離して述べている。また、患者の身体的拘束または隔離についても厳密な適法手続きによって容認している。原則16(非自発的入院)はおおむね以下のようなものである。その精神疾患のために即時のまたは切迫した自己もしくは他の人への危害が及ぶ場合(危険性原則)の入院と、精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させず、または入院を継続させなければ、深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最小規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによってのみ得られる適切な治療を妨げられる(医療必要性原則)場合の入院に関して規定している。しかし、第3者の検証としての適性手続きも、医療・社会保障体制が欠ける所では、矛盾の合法化の意味しか持たないことも、わが国でも米国とは全く反対の位相から経験を重ねている<sup>38)</sup>。

障害者権利条約 (Convention on the Right of Persons with Disabilities, 13 December)<sup>31)</sup>が2006年に採択され日本政府が2007年に署名した。この条約において権利の主体とされたのは、persons with disabilities である。権利条約<sup>8)</sup>では以下のようなものである。

第1条目的「この条約は、障害のあるすべての人によるすべての人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し及び確保することを目的とする。障害(ディスアビリティ)のある人には、長期の身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害(インペアメント)のある人を含む。これらの機能障害は、種々の障壁と相互に作用することにより、機能障害のある人が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げることがある」

第12条の2「締約国は、障害のある人が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力 (legal capacity) を享有することを認める」

この legal capacity が鍵である。障害ある者のその「享有 (enjoy)」と締約国のその「認識」と、締約国の、この享有を実効あるものとする「合理的配慮」が、legal capacity の帰趨を決める。もし、この原則を認めるのであれば、障害ある者の刑事上、民事上の法的無能力は、他の者と同様に原則的に認めないことになる。

WNUSP を主要な構成団体とする IDA (国際障害連盟) はこの権利条約 12 条に関して重要な見解<sup>3)</sup>を出している。

その 1 は以下のものである。

1. “Legal capacity” is best translated as the “capacity for rights and capacity to act”

すなわち、法的能力は権利能力と法的行為能力の 2 つに分けられるとしている。

原則 6 は「法的能力を行使する権利 (right)」を持つとし、それは人格的自律を妨げられないことを意味するとともに、障害を持つ者は責任 (responsibility) を果たす義務 (duty) を持つとしている。責任の中に能力 (ability) が潜んでいる。

Capacity は、権利、責任、義務、それに能力が加わった共同社会における個人の法的規範であり、それは、あるかないかであり、範疇的であり、かつ心的能力とも不可分で、規範能力 (norm capacity) である。ICF が概念化した生活諸機能の能力 (ability) は社会的障壁との関係においても連続量として考えられ、生活機能能力 (functional ability) である。権利条約は、persons with disabilities を対象としながら、その人々の (legal) capacity を回復させようとしている。ここには障害者の市民権の復権として考えられる以上の亀裂・矛盾がある。

障害連盟の見解に従えば、権利条約は我が国の刑法 39 条を原則的に廃止または最大限に限定することを要求することになる。私は、安易にそれに乗れない<sup>39)</sup>と考えている。後期近代の市民社会での闘争は、前代からの報酬の適正配分闘争に

加えて、自己承認の闘争が特徴とされる<sup>4)</sup>が、権利条約締結の成果は後者の潮流に含まれよう。しかし刑事責任能力と「精神障害者」の市民権とは別の問題<sup>25)</sup>である。法的能力を行使する「権利」があっても実行することができない場合がある。そのことは承認されなければならない。法的能力の「享有」とはそういうことであろう。人間は、社会的存在であることが免れないという権利条約の思想と同一の場所から、理念は現実の否定によって成り立つが、しかも現実の否定は理念の本質をも否定することになる。

#### 4. 非自発的入院制度について

##### 1) 精神保健福祉法関連

精神保健福祉法に規定された第一条の法の諸目的のうち、入院の目的は医療および保護である。法に規定された非自発的入院は措置入院、医療保護入院、応急入院である。それらについては要点を表に示す。

ところで民法 714 条の規定は次のようである。

…責任無能力者がその責任を負わない場合において、その無能力者を監督する法定の義務を負うものは、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、監督義務者がその義務を怠らなかつたとき、又はその義務を怠らなくても損害が生ずべきであったときは、その限りではない。

2 監督義務者に代わって責任無能力者を監督する者も、前項の責任を負う。

池原<sup>4)</sup>は 1999 年の法改正で旧 22 条 1 項、保護者は「精神障害者は自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督しなければならない」との規定を廃止したことにより、保護者は民法 714 条の法定監督義務者ではなくなったと解している (290-291 頁)。いずれにしろ民法 714 条は精神保健福祉法を超えた棘である。

保護者制度の現在の問題は、保護者の同意権と医療保護入院と切り離すことである。それは精神

表 日本の非自発的入院の分類

	入院命令者	法的意味	法的能力	目的
1 医療観察法 (処遇変更は裁判所)	裁判所	司法処分 (保安処分)	本人の同意は不要 (刑事責任無能力など)	再犯予防 (社会的安全)
2 精神保健福祉法 措置入院 (指定された指定医)	知事	行政処分	本人の同意は不要 (刑事責任無能力など)	医療および保護 (危険性原則)
医療保護入院 (指定医の診断) (保護者の同意)	精神病院の管理者	医療措置	同意能力がない	医療および保護 (医療必要性原則)
応急入院 (3日間限定) (指定医の診断)	精神病院の管理者	医療措置	同意能力がない	医療および保護 (医療必要性原則)

- 注：1. 医療観察法は法的無能力（「重大犯罪行為」と刑事責任無能力など）が前提（入院時の同意能力は問わない）
2. 措置入院は経路によっては刑事責任無能力などが前提（入院時の同意能力は問わない）
3. 医療保護入院も応急入院も措置入院もその精神疾患によって入院の必要性が生じていなければならない。
4. 医療保護入院は民法 714 条を組み込むと戦前の公法的意味が加わりかねない。

病者監護法以来の精神医療政策の抜本的な改革を意味する。

ところで、精神科病院の管理者はなぜ、非自発的入院をさせることができるのか、十分な法的検討がなされていない。保護者の旧来の「公法」的意味と同じように精神科病院の「公法」的意味が、一般医療と違うところから発生してきているのである。それを一般医療と同一の水準に脱皮させるとともに、国、地方自治体・行政の非自発的入院への財政的役割を明確にする変革が不可欠である。

## 2) 医療観察法<sup>23,24,44,45)</sup>

法第 1 条は次のようである。

この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう、以下同じ。）を行った者に対し、適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びそれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。

法の対象者は、対象行為に関する検察段階の法的処理が行われ、鑑定入院においてこの法による医療必要性鑑定を基として、裁判所（裁判官と審判医の合議）で決定される。その決定の原則は法第 42 条第 1 項に示されている。「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会復帰を促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合医療を受けさせるための入院させる旨の決定」である。この内容で「入院によらない医療」も決定される。これは、原案の「再び対象行為を行うおそれ」を国会論議の過程で修正したものである。

最高裁事務総局<sup>28)</sup>の解説によれば、修正の意味は以下のものである。「精神障害を改善するための医療の必要性が中心的要件である」ことや、「医療の必要性の内容を限定して、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会復帰できるように配慮することが必要と認められる者だけ」がこの法の処遇の対象であることを明確にすること、である。また、「対象行為を行った際の精神障害」とは、対象行為を行った当時の心神喪

失などの原因となった精神障害のことであり、としている。修正前は、心神喪失などの原因と対象行為を再び行うおそれのある精神障害は一致していると解されていた。

町野<sup>14)</sup>は「パレンス・パトリエが精神障害者の強制医療の基礎をなし、ポリスパワーが強制医療を制約する」と標語的に述べ、医療観察法は精神保健福祉法の延長上にある、としている。中山<sup>20,21)</sup>は、原案が刑事法の枠としては保安処分ではないという言い分に配慮しながら「隠れた保安処分」であるとしている。しかし修正案は断定を避けながら、政府が「保安処分とは異なる」とか、「再犯のおそれ」を要件としないことを明言しているにもかかわらず、法を推進している法学者や精神科医が原案の目的を支持していることに、やはり法に対する疑念を表明している。

厚労省研修資料<sup>11)</sup>は、自らをパレンス・パトリエによっているとし、そこで、措置入院の入院基準を疾病性と危険性基準を二次元とし、治療可能性を点線によって表現して半次元とし、二次元半と評価している。措置入院に関して治療可能性は法的には規定されていないからである。しかし、精神保健福祉法が、本人の医療および保護のためである限り、治療可能性は含まれていると解すべきであろう。医療観察法は、疾病性、危険性、社会復帰阻害要因、時間性の四次元と表現している。鑑定ガイドライン<sup>10)</sup>は「医療観察法鑑定は医学的見地から本法による処遇の必要性の有無に関する鑑定を行うものである」としている。それは、吉川ら<sup>43)</sup>の保安処分推進を意味する主張とは異なっている。私は、修正によって法の目的が軟化したように見えるが、その骨格は社会的安全を目的にした、医療の枠を超えたものであることは疑えないと考えている。

表は、医療観察法と精神保健福祉法の非自発的入院に関する違いの一覧である。

## 5. まとめ

以上の議論の疾患-障害系列のスペクトラムと法的能力-機能的能力のスペクトラムの関係を示

せば図3のようになろう。精神「障害」に係る場合は身体に係る場合と異なって、その重症度によってcapacityの問題と直結する。

権利条約は、両系列の相関を、「障害」によって「疾患」を、「機能的能力」アプローチによって「法的能力」問題を解決しようとしているかに見える。しかしその亀裂にこそ超え難い課題がある。我が国では、明治時代以来の公法的性格を持った精神病者監護法の残滓が保護者制度として生き残り、非自発的入院の1つの柱となり、精神医療における公的責任を軽んじる傾向を決定的にした。わが国は、保護者制度は廃止し、非自発的入院-社会的入院に関する社会的矛盾に対して社会政策的に関与しなければならない。その改革は我が国の精神医療に対しては革命的となる可能性がある。

措置入院は精神病院法から由来し、危険性原則による（都道府県の）行政措置入院の形態である。両者が医療と保護の内に統合されて精神保健福祉法に規定されている。医療観察法は（国家の）裁判所命令による社会的安全を目的にした非自発的入院である。これは対象者の社会復帰のためのものである。とする主張の細い生命線は、法的に裏付けられていない鑑定ガイドラインの治療反応性基準である。ここから、同法は精神保健福祉法の中に解消できる可能性があり、そうするのが筋である。

テイナ・ミンコウイツの、非自発的入院は虐待であるとする告発を私たちが受け止めて行く道は、精神病床の大幅な削減と医療資源の再配分により、地域精神医療へと変革する困難な道を、切り開いて行くことである。

## 文 献

- 1) 浜井浩一、芹沢一也：犯罪不安社会—誰もが「不審者」？ 光文社新書、東京、2006
- 2) 浜井浩一：2円で刑務所、5億円で執行猶予？ 光文社新書、東京、2009
- 3) IDA 国際障害連盟：CRPD FORUM の12条履行の原則 (<http://nagano.dee.cc/12principleJ.htm>)



- 4) 池原毅和：精神障害法。三省堂，東京，2011
- 5) ジョック・ヤング（青木秀男，伊藤泰郎，岸 政彦ほか訳）：排除型社会。洛北出版，京都，2007
- 6) ジョック・ヤング（木下ちがや，中村好孝，丸山真央訳）：後期近代の眩暈—排除から過剰包摂へ。青土社，東京，2008
- 7) 角田鉄太郎，中山宏太郎訳：精神障害者保護の原則，強制入院手続きのガイドラインおよび人権の保護—国連，人権委員会，少数者差別防止保護小委員会（第36回会議 1983/8～第38回会議 1985/8）の討議概要一。精神経誌，88；290-305，1986
- 8) 川島 聡，長瀬修仮訳：障害者権利条約（2008年5月30日付け）。精神障害法（池原毅和）。三省堂，東京，p. 375-379，2011
- 9) 厚生科学研究「精神障害者の医療と保護に関する研究班」（代表 斉藤正彦，小池清廉）精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスの改善のための諸原則（the protection of persons of with mental illness and improvement of mental health care—1991年12月採択）。日精協誌，11（7）；611-620，1992
- 10) 厚生労働科学研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価，治療，社会復帰等に関する研究」（主任研究者松下正明）「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」鑑定ガイドライン。心神喪失等医療観察法ガイドライン集。医療観察法地域処遇研究会，大阪，p. 191-223，2006
- 11) 厚生労働省：司法精神医療人材養成研修実施計画資料。2004
- 12) 厚生省大臣官房統計情報部編：財団法人厚生統計協会，WHO 国際障害分類試案（仮訳）。p. 35-36，p. 42，1985
- 13) クルト・シュナイダー（平井静也，鹿子木敏範訳）：臨床精神病理学（1950）。文光堂，東京，p. 6，1972
- 14) 町野 朔：精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法。精神医療と心神喪失者等医療観察法（町野 朔編），ジュリスト増刊。p. 69-73，2004
- 15) ミシェル・フーコー（田村假訳）：狂気の歴史。新潮社，東京，p. 146-154，1975
- 16) 森山公夫：精神分裂病論の推移と精神医療の場の変化。精神経誌，78；21-41，1976
- 17) 中根允文：国際疾病分類—疾病，傷害及び死因統計分類 the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (ICD)。臨床精神医学講座別巻1。中山書店，東京，p. 3-37，2001
- 18) 中島 直：犯罪と精神医学。批評社，東京，2008
- 19) 中谷陽二：犯罪と精神医学—最近の動向。現代精神医学大系年間版 1989 B（懸田克躬ほか編）。中山書店，東京，p. 243-261，1989
- 20) 中山研一：心神喪失者等医療観察法の性格—「医療の必要性」と「再犯のおそれ」のジレンマ。成文堂，東京，2005
- 21) 中山研一：心神喪失者医療観察法の国会審議。成文堂，東京，2005
- 22) 日本精神神経学会精神衛生法改正対策委員会：故ケネディ大統領の精神病および精神薄弱者に関する教書 Message from the President of the United States relative to Mental Illness and Mental Retardation. 1964
- 23) 日本精神神経学会法・倫理関連問題委員会（委員長 富田三樹生）：医療観察法に関する委員会報告—見直しにあたっての提言。精神経誌，112；291-307，2010
- 24) 日本精神神経学会精神医療と法に関する委員会（執筆担当吉岡隆一，大下 顕）：再犯予測について。精神経誌，104；1001-1021，2002
- 25) 西山 詮：寛解期分裂病者の刑事責任能力について。精神経誌，94；189-200，1992
- 26) 野崎昭子，大野 裕：Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)。臨床精神医学講座別巻1。中山書店，東京，p. 39-43，2001
- 27) 大熊輝雄：現代臨床精神医学，改訂第6版。金原出版，東京，p. 5，1995
- 28) 最高裁判所事務総局：刑事裁判資料 284号「心神喪失者等医療観察法及び裁判手続き規則の解説」。医療観察法地域処遇研究会，2006
- 29) 精神保健福祉研究会監修：三訂 精神保健福祉法詳解。中央法規出版，東京，p. 73-74，2007
- 30) 障害者福祉研究会編：世界保健機関（WHO）国際生活機能分類—国際障害分類改訂版（international classification of functioning, disability and health, 2001）。中央法規出版，東京，2002
- 31) 障害者権利条約 Convention on the Right of Persons with Disabilities, 13 December 2006
- 32) Stromberg, C.D., Stone, A.A.（中山宏太郎監修，角田鉄太郎，森 俊夫，浜垣誠司ほか訳）：民事的收容のモデル州法—APA の律法ガイドライン。日本精神神経学会，東京，1987
- 33) 高橋三郎，花田耕一，藤縄 昭訳：DSM-III 精神障害の分類と診断の手引き。医学書院，東京，1982
- 34) 高橋三郎，中安信夫，北村俊則ほか：ディベート

精神医学の対立点〈操作的診断の功罪〉。精神経誌, 99; 729-762, 1997

35) テイナ・ミンコウィッツ：国際法の下での強制精神科医療による介入。パンフレット「なくそう！ 差別と拘禁の医療観察法 11・24 全国集会—心神喪失者等医療観察法（予防拘禁）を許すな！ ネットワーク、国立武蔵病院（精神）強制・隔離入院施設を考える会、医療観察法をなくす会共催。2008

36) 富田三樹生：精神病院の底流。青弓社、東京、1992

37) 富田三樹生：精神衛生法改正と処遇困難者専門病棟問題の回顧—中山宏太郎氏の軌跡をめぐる—。東大病院精神科の三十年。青弓社、東京、p. 216-243, 2000

38) 富田三樹生：精神医療・病院の改革と病床削減—その政策転換を求めて。精神病院の改革に向けて—医療観察法批判と精神医療。青弓社、東京、p. 46-91, 2011

39) 富田三樹生：ノーマライゼーションの動向と刑事責任能力。精神病院の改革にむけて—医療観察法批判と精神医療—。青弓社、東京、p. 193-222, 2011

40) 富田三樹生：精神病院の改革—医療観察法批判と精神医療—。青弓社、東京、2011

41) WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992 (融 道男, 中根允文, 小宮山 実ほか監訳: ICD-10 精神および行動の障害, 新訂版。医学書院、東京、p. 5-8, 2005)

42) 山下剛利：精神衛生法批判。日本評論社、東京、p. 33, 1985

43) 吉川和男, 山上 皓：医療観察法制度の意義と課題。精神経誌, 108; 490-496, 2006

44) 全国精神医療従事者連絡会議事務局編：「触法精神障害者新法」に反対します。多摩おおば病院富田三樹生気付け、全国精神医療従事者連絡会議事務局、東京、2002

45) 全国精神医療従事者連絡会議事務局編：「心神喪失者医療観察法案」を廃案に！ 多摩おおば病院富田三樹生気付け、全国精神医療従事者連絡会議事務局、東京、2002

## Examination of Involuntary Admissions in Relations of CRPD

Mikio TOMITA

*Tama Aoba Hospital*

When we examine the problems of involuntary admissions, CRPD (the convention on the rights of persons with disabilities-2006) must be considered within the context of the problems. The principle of the convention is based on enjoyment of legal capacity of persons with disabilities. So, it is necessary to recognize the relation and the contradiction between disease-disorder-disability spectrum and capacity-ability spectrum. The two spectrums have been developed after the Second World War with development of societies of the world. Author presents the recognition of involuntary admissions of Japan. So, Japanese psychiatry must select the road to community psychiatry to solve the problems.

<Author's abstract>

<Key words: involuntary admission, disease, disability, legal capacity, functional ability>