

特集 非自発的入院制度をめぐる——医療保護入院を中心に——

保護者制度廃止までに考えておくべきこと

岩尾 俊一郎

保護者はこれまで国の施策に従い長きにわたって精神障がい者の監督義務、医療保障、権利擁護、社会資源の提供まですべてを担われてきた。保護者制度は、精神病患者監護法からわが国で延々と続けられてきた精神障がい者の非自発的入院を「私人の責任・費用」で行ってきた残滓であり、保護者制度は廃止し、非自発的入院を公的責任で行う新たな精神医療システムを構築すべきである。公的責任による非自発的入院の実施のためには、将来の医療法への包摂を見据えた精神医療体制の変革が必要であり、非自発的入院者の権利擁護、退院促進のためにそれぞれ新たなシステムとマンパワーの整備が必要である。そのためには精神保健福祉法を抜本的に改定し、非自発的入院開始時の医療の即応性を確保する適正手続きを規定し、入院医療機関以外の第三者が、当該入院者の治療可能性、本人利益であることを事後検証するシステムを作るべきである。また非自発的入院者は速やかに地域ケアに移行させ、一定期間以上の長期入院者は他の医療機関への転院の検討など、社会的入院を生み出さない重層的な退院支援を整備する必要がある。

〈索引用語：保護者、医療保護入院、精神保健福祉法、非自発的入院、障がい者制度改革〉

1. 保護者制度をめぐる最近の動き

精神保健福祉法に規定される保護者制度をめぐる、昨今さまざまな場で議論が行われている。主要な場の一つは、「新たな地域精神保健体制の構築に向けた検討チーム」での議論で、2004年「入院医療中心から地域生活中心へ」との改革プランを示した厚生労働省が主管して審議を続けている。そして今一つは2009年12月障害者権利条約の締結に向けた国内法の整備を目的として内閣府に設置された「障がい者制度改革推進会議」での議論である。

主に精神科医、法律家などで構成される「新たな地域精神保健体制の構築に向けた検討チーム」では、保護者制度の見直しについては、①保護者に課せられた義務規定については、原則として存置しない、②保護者に課せられた義務規定を削除した場合に、代替措置が必要かどうかについて、作業チームにてさらに論点整理を行う、③保護者が

医療保護入院に同意することは入院制度の検討の中で取り扱う（2011年2月24日論点整理確認）とされており、保護者に課せられた義務規定の削除を中心に検討し、医療保護入院に同意する保護者の中核的役割についての議論は先送りされ、保護者制度の廃止は議論されていない。

障がい者、福祉サービス支援者を中心に構成されている障がい者制度改革推進会議は、2010年12月に発表された「障がい者制度改革のための基本的な方向第2次意見」（<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1-1.pdf>）で、保護者制度の抜本的な見直しが必要であり、医療保護入院制度の廃止と新たな入院システムを構築することを目指すべきだと指摘している。障がい者制度改革推進会議での議論は、主に地域での障がい者福祉を主題にしているが、保護者制度、強制治療など精神科医療のあり方についても委員へのアンケートとして意見聴取しており、これは

後で詳しく紹介したい。

保護者制度をめぐっては、ともに「保護者制度の見直し」を主張しながら、精神科医、法律家などの専門家と障がい当事者、家族との間にはその主張に大きな違いがある。本稿では保護者制度の歴史をふりかえり、それがいかにわが国の精神障がい者処遇の基盤となってきたかを確認し、ついで保護者制度廃止によって創出されるべき新たな精神医療・福祉システムを展望してみたい。

2. 保護者制度の歴史とその廃止の意味

保護者制度の歴史は、1874年の東京府令によって精神障がい者の家族に「精神病者を嚴重に監護し、徘徊させてはならない」と義務づけたことに始まり、1880年の違警罪、1900年の精神病患者監護法によって、家族に精神障がい者の監護義務が規定され制度化された。東京に精神病院が開設されたのは1878年であり、1874年の府令は家族が精神障がい者を私宅に監置することを前提にし、その延長上にある精神病患者監護法も私宅監置を精神障がい者処遇の原型としていた。

こうして、わが国は精神科医療の成立以前に、精神障がい者を「路上に徘徊させないこと」を家族の責任・費用において行うことを義務づけた。その後、わが国の精神障がい者に係わる医療福祉システムは、家族が精神障がい者処遇のすべての責任を持ち費用を負担する保護者制度を前提にして制度設計されてきた。それを岡田²⁾は「その意味は、精神病患者対策が公安的発想からなされることと、それがもっぱら私人の責任・費用においてなされることと、二重である」と指摘している。保護者は、これまで国の施策に従い、精神障がい者の監督義務、医療保障、権利擁護、社会資源の提供まですべてを担わされてきたといえよう。

では、わが国の精神科医療はこの保護者制度にどういった姿勢を取ってきたのだろうか。1900年以降わが国では、呉などの私宅監置への非難によって1919年精神病院法が制定され私宅監置されていた精神障がい者は次々と増設された精神病院に入院となっていった。1930年代に東京、大

阪などの大都市圏の精神病院のベッド数が万対5床を超えると私宅監置されていない、地域で問題行動を起こしていない精神障がい者まで救済的社会政策として入院させられていった。これが戦前から1960年代まで精神障がい者の収容政策に従ってわが国の精神科医療が行ってきたことである¹⁾。

精神科医療が精神病院の整備と精神障がい者の収容を押し進めた過程で、精神科医療は一貫して本来公的責任で整備すべき非自発的入院制度や重症困難例の地域移行に無関心で、保護者制度の解消には消極的であった。保護者制度は結果として精神障がい者の長期収容政策に利用され、社会的入院を積極的に解消しようとしないう精神科医療は保護者制度を維持してきた国と補完関係にあった。

保護者制度は、精神病患者監護法からわが国で延々と続けられてきた精神障がい者の非自発的入院を「私人の責任・費用」で行ってきた残滓である。こうした保護者制度は廃止し、非自発的入院を公的責任で行う新たな精神科医療システムを構築すべきである。

保護者制度の廃止が意味することは、医療保護入院の同意者に課せられた義務の削除といった「手続き論」ではない。医療に関しては、非自発的入院を公的責任で行い、国、自治体がそこで提供される医療の質を均質で最善のものとする責任を負うことである。福祉に関しては、公的責任で最も重症でさまざまな課題を抱える精神障がい者を地域で支える地域ケアの整備を進めることである。

したがって保護者制度の廃止は、日本の医療・福祉サービスが「家族の責任・費用負担」を前提に制度設計されてきたことを根底から変更し、わが国の精神科医療、福祉のあり方の変革を求めるものとならざるをえない。

3. 精神科医療への障がい者制度改革 推進会議の批判

前述したように精神科医療の姿勢に対して、障がい当事者、家族、地域の福祉サービス関係者は

批判的である。その主張を障がい者制度改革推進会議でのかれらの意見で確認したい。2010年3月30日発表された推進会議メンバーに対して行われた「精神障害者に対する強制入院についてのアンケート」(http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_6/pdf/s3.pdf)を紹介する。

- 1) 障害者の権利条約第14条(身体の自由及び安全)は「不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由のはく奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由のはく奪が障害の存在によって正当化されないこと」を掲げている。この観点から、措置入院、医療保護入院、医療観察法入院のそれぞれの要件は、「自由のはく奪」の根拠となるか

①措置入院

根拠となる 4人、ならない 8人、中間意見 1人

<代表的意見>

措置入院は法的根拠があり、精神保健指定医も規定し、病状報告義務、精神医療審査会も設置されており法的根拠はある。(堂本暁子委員)

他の市民について、自傷他害のおそれが自由剥奪の要件として認められない以上、精神障害のある人についてだけ、それを要件として自由剥奪をすることは差別として禁止されなければならない。(大谷恭子委員)

②医療保護入院

根拠となる 1人、ならない 12人、中間意見 1人

<代表的意見>

現状の保護入院は、保護者制度に基づき基本的に私人である保護者の同意を持って国権の発動を許容しているため、不法である。(関口明彦委員)

保護者なる規定がおかしい。この「保護者」規定のために、精神障害者の家族は塗炭の苦しみを味わってきた。何ら地域生活支援のない中で、家族だけが精神障害者の支援の全責任と全実態を担

わされてきたのである。(北野誠一委員)

根拠になる場合もあり得ると考える。場合によっては、家族の危機的な状況を回避しなければならないこともあると思われる。(大久保常明委員)

- 2) 障害者の権利条約第17条について、川島長瀬仮訳では「障害のあるすべての人は、他の者との平等を基礎として、その身体的及び精神的なインテグリティ(不可侵性)を尊重される権利を要する」となっており、また同条約25条では「情報に基づく自由な同意を基礎とした医療」が上げられている。強制入院に伴う治療に関しては、他の疾患との平等を基礎として、患者本人の生命を守るために緊急医療が必要な場合と同様に解し、精神障害を理由とした特別な強制的医療制度を設けることを見直すべきか

容認できない、見直すべき 8人、容認する、見直すべきでない 2人、中間意見 4人

<代表的意見>

情報に基づく自由な同意を基礎とした医療を受けることが考えられないほどに病状悪化が進んでしまっているような場合に、精神障害を理由とした一時的な緊急医療制度が不可欠な状況は存在するのではないかと考える。(佐藤久夫委員)

精神障害における緊急時の入院については、基本的に医療一般の強制介入と同じ要件とし、当該精神障害に必要な配慮を手厚く行うことを基本的に制度を改善すべきである。(尾上浩二委員)

- 3) 障害者の権利条約の他の者との平等を基礎とする社会的統合の理念からして、精神医療は一般医療に包摂し、精神保健福祉法という特別な医療法体系は見直すべきか

見直すべき 15人(明確に医療法に包摂すべき13人)、見直す必要はない 0人

<精神保健福祉法見直し論の代表的意見> 1

精神的障害にある人に対する医療は、それが精神病的病状に対する治療であれ、他の身体的病気に対する治療であれ、同一の体系的位置づけにお

いて、あるいは同一の理念に基づくものとして保障されなければならない。それが障害のある人の権利条約が求めている差別禁止の趣旨であり、医療を含めた人権保障の内容である。(中略) 結論としては、精神保健福祉法は廃止し、精神的障害のある人に対する医療は医療法において、福祉は「障がい者総合福祉法」においてそれぞれ提起すべきである。(竹下義樹委員)

＜精神保健福祉法見直し論の代表的意見＞2

いわゆる精神科特例を明確に廃止し、基本的に精神科医療を総合病院の1つの科にすべし(中略) いやしくも治療を目的とする病院と名のつくところの平均在院日数が1年以上の373日(平成14年)という数字は、諸外国の平均30日と比べて、いかにも異常である(中略) 急性期医療としてあるべき精神病院の名を名乗った収容施設化(社会的入院)がそこに混在してしまっているのである。言うまでもないが、急性期治療(acute care)と、その後一生継続する可能性がある長期ケア(long time care)との違いが、わが国では、不明確に過ぎる。(北野誠一委員)

4. 非自発的入院医療の根拠

ここまでみてきたように、障がい者、家族、福祉サービス関係者は精神科医療に対して根深い不信感を抱いているとあっていい。彼らは、これまでの歴史的経過、精神科医療の現状を批判して、非自発的入院、強制治療への強い警戒感を持ち、精神科医療に特化した精神保健福祉法を否定し、その多数は精神科医療も一般医療に包摂されるべきであると考えている。そして彼らは社会的入院の存在、地域社会資源の未整備、家族への重い負担など山積する課題への解決を強く求めているともいえよう。そうした厳しい批判に曝されながらも、われわれ精神科医は、臨床的に明らかに緊急に本人の同意が得られないまま強制入院、強制治療を行わなければならない時があることを知っており、現実には強制医療によって精神障がい者の本人利益を守ってきた。われわれ精神科医は、今精神科医療に投げかけられているこうした不信

に真摯に向き合い、それに答える精神科医療の改革を実現し、市民社会に対して非自発的医療の是認を求めていくべきではないかと考える。

ここで、もう一度精神科における強制医療の根拠を確認しておきたい。吉岡⁴⁾は、その論文で「精神科での強制医療の根拠は、究極的には、本人の治療同意能力の欠如を理由とした国家による医療保障と治療可能性によるパレンス・パトリエ法理に求められるべきである」としている。吉岡の指摘通り強制医療の根拠は明らかな緊急避難とパレンス・パトリエであるとして、非自発的入院開始の適格性の観点から強調されるべきは、医療必要性と治療可能性の明証性とそれが事後検証可能であることだ。法学者の横藤田⁵⁾は、アメリカでの精神科領域での強制治療をめぐる違憲裁判の経過を踏まえ、強制入院制度の根拠をパレンス・パトリエ権限におくとしても、その根拠はそれほど堅固なものではないとして、「強制治療システムの法的評価を作用するもうひとつの要因として、精神医学・精神医療に対する信頼度がある」と指摘している。まさにわれわれ精神科医が非自発的入院の是認を求めるとすれば、市民の精神科医療への信頼感がその前提となることは論を待たない。

5. 非自発的入院が是認されるための条件

次にわれわれ精神科医が市民社会に対して非自発的入院の是認を求めるとしてその条件となるべきことを列挙したい。

1) 医療法への非自発的医療規定の創設と精神保健福祉法の抜本的改定(図1参照)

一般的に医療サービスが必要十分な情報、説明に基づく自由意志による同意で行われているように、精神科医療も同じ条件での同意で提供されることを原則とする。精神病床と一般病床の区分を廃止し、意識障害、認知症、同意能力を障害されている状態の者への医療法での非自発的入院、退院制限など強制医療の規定を策定し、実施経験を蓄積していく。精神保健福祉法は、非自発的入院法へと改定し、医療法での非自発的医療の規定、

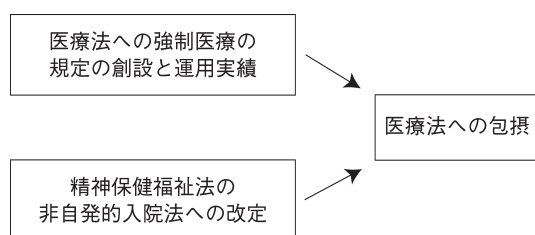


図1

手続きが成熟した段階で、医療法内の規定として吸収する。

- 2) 非自発的入院を公的責任で行い、国、自治体がそこで提供される医療の質を均質で最善のものとする責任を負う

これまで曖昧にされてきた非自発的入院の公的責任を明確に位置づけ、国権による保護としての強制医療とする。また非自発的入院者の入院環境は、現在の措置指定病院の基準を大幅に引き上げ、医療観察法指定入院病棟、精神科救急病棟と同等以上の施設基準・人的配置を標準とする質の高い医療を供給する。非自発的入院の費用のうち医療保険の自己負担分は、公的責任による強制医療であり、非自発的入院となった患者の居住する市町村が負担し、入院後の速やかな退院支援、地域移行を実施する。

- 3) 非自発的入院開始時の適正手続きを規定し、非自発的入院が本人利益であるのか、治療可能性があるのかを第三者が事後検証する

精神科医療における非自発的入院の対象は、精神疾患によって「切迫した自殺の危機、身体的危機が迫っている」「制御困難な暴力行為の発動が切迫している」など臨床的に明らかな緊急避難的、例外的な事態を基本的な想定とする。非自発的入院の申し立ては、現在の措置入院に準じて、一般市民、警察、検察官、矯正施設長、病院管理者が申し立てることができるとする。その申し立てを受けて、非自発的医療は精神保健指定医1名の判断で開始し即応性を確保する。72時間以内に入

院者の居住する自治体の長が指定する、現在入院している医療機関以外の精神保健指定医が入院判断の事後的検証を行う。事後的検証では、非自発的入院者の疾病性、医療必要性、治療可能性を検証し、権利擁護員、退院支援員（後述）の意見を聞き、総合的に非自発的入院の継続が必要かどうかを判断する。

- 4) 多くの非自発的入院は、緊急避難的、例外的な入院であり、速やかに地域ケアに移行させていく

多くの非自発的入院が緊急に医療を必要とする状態であるからこそ、24時間365日、いつでもどこでも必要であれば、入院を含めた最善で均質な医療が受けられるように全国の精神科救急システムを整備する。非自発的入院者の退院支援を行うために、全国に人口10万人あたり1カ所のソーシャルワークステーションを設置し、非自発的入院者の退院を援助する退院支援員を置く。72時間以内に入院者の居住する自治体のソーシャルワークステーションが退院支援員を派遣し対象の入院者に最初の面接を行い、その後も引き続き入院者の生活環境を調査し、担当非自発的入院者が退院するまで退院支援のための活動を継続して行う。

- 5) 非自発的入院者の権利擁護、一定期間以上の長期入院者の他の医療機関への転院の検討など、社会的入院を生み出さない重層的な退院支援を整備する（図2参照）

非自発的入院者の権利擁護のため、入院後の事後検証までの72時間以内に権利擁護員を選任し、自治体による事後的検証に立ち会い、退院までの間入院者の権利擁護を行う。権利擁護員は、非自発的入院者の権利擁護活動について規定の研修を受けた者で、非自発的入院者が自身の権利擁護員として同意した者を、自治体からも医療機関からも独立した機関がその適格性を判断した上で指定する。権利擁護員は、非自発的入院からの退院までの間、入院者の権利擁護を行う。入院後一定期

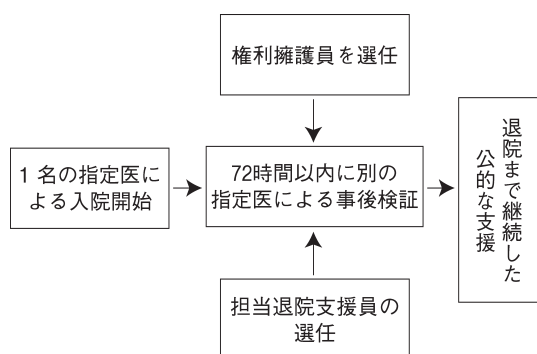


図2

間で退院できなければ、権利擁護員、退院支援員は、非自発的入院に責任を持つ自治体の長に他の医療機関への転院を勧告する権限を持つ。

保護者制度の廃止は国に対して、家族に「個人の責任」で監督義務、医療保障、権利擁護、社会資源の提供まですべてを担わさせてきた、わが国の精神障がい者処遇の歴史を根本的に変革して、公的責任で最善で均質な非自発的入院医療を整備することを迫っている。こうした変革を実現すれば、精神科医療と地域ケアの間には今までにないよい循環、連鎖が起こっていくと思われる。潤沢なマンパワーと個室中心のアメニティに優れた良質な非自発的医療の提供によって、緊急時の医療ニーズに即応的に対応していくことができれば、精神障がい者の地域生活をより円滑に支えることができる。非自発的入院者に対して途切れなく展開される公的責任による退院支援によって、個別的生活の質を最重視する生活モデルで展開される精神障がい者の在宅・地域ケアを利用できれば、

非自発的入院者の退院が保障され、ますます非自発的入院は短期で例外的なサービスとなる。豊富な地域ケア資源の存在により、短期間で再発の少ない入院サービスが標準となれば、それぞれの医療機関によって提供される医療の質を比較検討する契機を生み、非自発的入院を担う精神科病院はその技量を懸命に磨く努力を惜しまなくなると思われる。

6. まとめ

- ①個人の責任によって強制医療を実施してきた保護者制度を廃止して、非自発的入院は公的責任により実施すべきである。
- ②公的責任による非自発的入院の実施のためには、将来の医療法への包摂を見据えた抜本的な精神医療体制の変革が必要である。
- ③非自発的入院者の権利擁護、退院促進のためにそれぞれ新たなシステムとマンパワーの整備が必要である。

文 献

- 1) 岩尾俊一郎, 生村吾郎: 精神病院の発生が社会に与える影響—府県統計書・帝国統計年鑑の分析を通じて—, 病院・地域精神医学, 36 (3); 361-369, 1995
- 2) 岡田靖雄, 小峯和茂, 吉岡真二: 「精神病患者私宅監置の実況及びその統計的観察」の成立事情. 臨床精神医学, 13 (11); 1457-1469, 1984
- 3) 横藤田誠: 強制治療システムとその正当化根拠. ジュリスト増刊「精神医療と心神喪失者等医療観察法」, p. 105-111, 2004
- 4) 吉岡隆一: 精神保健福祉法体制＝医療観察法体制の止揚のために. 精神医療, 59; 61-82, 2010