

## 特集 精神科における強制医療介入

## 精神科における強制医療介入

池原 毅和

障害者権利条約は強制医療介入に関して、身体の自由の保障と自己決定権の保障という従来の視点に対して非差別（平等権保障）という基準を加えた。この基準は、障害に基づく自由剥奪の禁止（14条1項b）と法的能力の平等性（12条）に表れている。障害者権利条約は、障害（disability）のある人について規定していることから精神疾患（mental illness）のある人について定めた1991年国連原則あるいは精神保健福祉法5条との関係が問われうる。しかし、同条約は、障害の定義を確定させず発展的概念としていること、ICFとICD-10の相補的活用が求められていること、強制医療介入が精神病患者、精神障害者など、さまざまな名称で呼ばれてきた人々に対する社会的排除の歴史と現状に分離しがたく結びついていることに着目して策定されたことから、国連原則を修正し、各国の精神保健関係法令の改善を求めている。平等原則からすると精神障害に限定した強制医療介入は差別的制度になるので一般市民を対象に普遍化するか廃止するかを選択をしなければならない。自傷他害のおそれを要件とする強制医療介入を普遍化することは自由社会の法制度としては許容しがたいと考えられる。これに対して、同意能力を欠いた場合の強制医療介入の普遍化は他の一般医療分野においても法的な基準を確立することが求められており、むしろ、普遍的な基準を確立することが求められる。その際、障害者権利条約12条が定める法的能力の平等性と自己決定に必要な支援を受ける権利について配慮する必要がある。人の判断には教育や社会経験、豊富な人間関係や社会関係を基礎とした熟慮の過程が前提にあり、判断能力は単に生理的・心理的と同時に社会的側面を含めて理解しなければならない。自己決定支援は社会的側面の充填を求めている。自己決定支援を前提に同意能力が補いきれない場合の医療介入のあり方を普遍的に構築することが求められる。

<索引用語：障害者権利条約，自己決定，差別，自傷他害，同意能力>

## はじめに

2006年に国際連合（以下「国連」）で採択された障害者権利条約14条1項bは「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」と定めている。また、同条約12条1項は「障害者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を享有することを認める」と定めている<sup>4)</sup>。

これらの規定は、精神障害との関係では、精神障害の存在を理由にした強制入院を認めないこと、精神障害のために治療同意能力がないものとして強制入院を行うことを認めないことを定めた

ものと解釈するのが文理に沿っているように見える。しかし、そうすると精神保健福祉法<sup>\*1</sup>が定める措置入院や医療保護入院、あるいは、心神喪失者等医療観察法<sup>\*2</sup>が定める入院による医療などの現行の強制入院制度は、いずれも障害者権利条約に真っ向から反することになる。

1991年に国連で採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための原則」（以下「国連原則」という）は、精神疾患により自傷他害の危険のある場合（同原則16-1a）と、判断能力が阻害されている場合（同原則16-1b）を非自発的入院の類型として許容しており、措置

入院と医療保護入院は国連原則に比べて要件が緩すぎるといえる問題はあつたものの、要件を整備していけば、典型的には許容される強制入院であつた。しかし、障害者権利条約は、単に要件の寛厳にかかわらない強制入院の根本的な許容性に問題を投げかけている。医療観察法の強制入院は、国連原則の類型にも合わない特異な強制入院である点でいっそう問題があり、障害者権利条約採択後はさらに問題が深まっている。

本稿では、国連原則採択から15年の歳月をへて採択された障害者権利条約は、精神障害と強制医療の関係をどのように規律しようとしているのか、これを受けて現行法制にはどのような改善が必要か、とりわけ、平成25年改正予定の精神保健福祉法における保護者制度と医療保護入院の改正のあり方について、障害者権利条約への適合性の観点から検討することとしたい。

## 1. 障害者権利条約 (disability) と 国連原則 (mental illness) および

### 精神保健福祉法 (精神疾患を有する者) の関係

障害者権利条約と国連原則あるいは精神保健福祉法の適用対象について、障害者権利条約は「障害」(disability)のある者を対象としているのに対して、国連原則は「精神疾患」(mental illness)を有する者を対象としており、精神保健福祉法は「精神障害者」を「精神疾患を有する者」と定義している(同法5条)。そのため、両者は適用対象を異にしているのではないかという問題がある。

しかし、障害者権利条約は、障害のある者を「長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であつて、様々な障壁との相互作用により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得るものを有する者を含む」(同条約1条2項)として、その定義を確定させていない。つまり、発展性のある定義として、精神疾患を有する者をあえてその定義から排除する意

思を示してはいない。

また、同条約の障害の定義に大きな影響を与えた「国際生活機能分類 (ICF)」は、国際疾病分類 (ICD-10) と国際生活機能分類 (ICF) の関係について、「WHOの国際分類では、健康状態〔病気(疾病)、変調、傷害など〕は主にICD-10(国際疾病分類第10版)によって分類され、それには病因論的な枠組みが提供されている。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。したがって、ICD-10とICFとは補完的であり、利用者にはこの2つのWHOの国際分類ファミリーメンバーと一緒に利用することを奨めたい。ICD-10は、病気、変調やその他の健康状態の『診断』を提供し、それによる情報はICFによる生活機能に関する付加情報によってより豊かなものとなる。診断に生活機能を付け加えることによって、人々や集団の健康に関するより広範かつより有意義な像が提供されることになり、これは意思決定のために用いることができる」〔仮訳 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—。世界保健機構(WHO)、厚生労働省社会・援護局障害福祉部、3頁〕としている。すなわち精神保健福祉法政策などの意思決定に関して「疾病」と「障害」を峻別することは予定されていない。

また、国際的にも、障害者権利条約の適用を精神疾患に及ばないとする解釈はなされていない。国連人権高等弁務官事務所(OHCHR)は、「世界人権宣言60周年記念」における「被拘禁者のための尊厳と正義の週間」のInformation Note No.4において、障害者権利条約14条をとりあげ、「多くの法制度において、…とりわけ精神障害のある人と知的障害のある人はその障害があることだけを根拠にして自由を剥奪されている。そうした障害は、自傷他害の可能性があるという理由で予防的な拘禁手段を正当化することに用いられることもある。障害のある人は、その保護と治療のために自由を奪われるという場合もある。こうした運

\*1 精神保健及び精神障害福祉に関する法律

\*2 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

用や政策および法律はいずれも現行国際基準に違反するものである。障害の存在を理由とする自由の剥奪は国際人権法に違反しており、本質的に差別でありそれゆえ不法であると障害者権利条約は明確に述べている。かかる不法性は、医療と保護の必要性、本人と社会の安全のための必要性などのような理由が自由の剥奪を正当化するために付け加えられる場合にも認められる」(同2頁)としている。

また、拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱又は刑罰に関する国連人権理事会特別報告官マンフィールド・ノワクの報告(A/63/175:28, July 2008)では、障害者権利条約3条, 12条, 25条などが指摘され、「非自発的治療および非自発的拘禁は障害者権利条約の規定に反する」と述べられている。また、非自発的入院について、「法律によるか否かにかかわらず、精神障害という診断の存在と同時に『自傷他害のおそれ』あるいは『治療の必要性』のような追加の要件を根拠にして、自由かつ十分な説明を受けたうえでの同意の原則によらずに、精神障害のある人を施設に拘禁することを許している国が多いことに関して、障害者権利条約14条が自由を不法に又は専断的に奪うこと及び障害の存在によって自由剥奪を正当化することを禁止していることを喚起する」と述べられている。その注として、条約制定過程で、他の理由と組みあわさった場合には障害を理由とする自由剥奪も許容されるとする見解を示す国があり、第7回アドホック委員会において、日本が中国の支持を得て、「『単に、あるいは、もっぱら』障害の存在のみによって、自由の剥奪は正当化されない」という修正提案をしたが、その修正案は受け入れられなかったと指摘している。

この条約制定過程を見ても、日本を含めて障害者権利条約14条が、「精神障害による自傷他害」

などを要件とする強制入院制度を定める各国のMental Health Actを規制することになるのを前提に、真剣な議論をしていたことは明らかである。疾病に基づく強制入院と障害に基づく強制入院を別のものと解して、後者の規制は前者に及ばないという解釈はなされていない\*3。

障害者権利条約の履行状況を審査する「障害者権利に関する委員会」(同条約34条)は、同条約14条に関するスペインの履行状況のレビューにおいて、「persons with intellectual and psychosocial disabilities (‘mental illness’)を含む障害のある人の施設収容を許容する法制度について慎重な注目を」払うと指摘しており<sup>1)</sup>、欧州連合基本権局(European Union Agency for Fundamental Rights)は、障害者権利条約14条の射程範囲に関して欧州諸国の強制医療介入の状況をレポートしている<sup>2)</sup>。

障害者権利条約は、mental illness(国連原則)あるいは精神疾患(精神保健福祉法)などの疾病カテゴリーを包摂して障害のある人に関する人権の地平を切り開こうとしているものであり、同条約は国連原則あるいは精神保健福祉法の上位法としてそれらの変更あるいは改善を求める基本規範と理解すべきである。

## II. 平等権アプローチと強制医療介入のあり方

障害者権利条約14条の意義について条約策定委員会の議長は、「本条の本質は平等保護条項(non-discrimination provision)にある。審議の焦点は障害のある人についての治療が他の者と同じであるべきだということにあった」と述べている<sup>5)</sup>。同条約の目的が「すべての障害者によるあらゆる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」と定められていること(同条約1条)に照らしても、14条

\*3 障害者権利条約14条が疾病性を排除した障害だけに純化した強制入院のみを対象にしていると見ることは、精神障害者あるいは精神病患者などと呼ばれてきた人々に対する強制入院が行われてきた歴史社会的状況を無視し、同条項の意義を無効化することになる。社会的文脈から切り離された疾病性を抽出できるとする発想自体が、ICFあるいは障害者権利条約の基本とする健康あるいは障害の理解とは異なる独自の発想であって、同条約の採るところではない。

が身体的自由や自己決定権という観点ではなく、平等性という観点から規定されたことは条約の体系的理解としても首肯できる。

強制入院と人権とのかかわりは、当初は身体的自由との関係に重点があり、身体的自由が奪われる代表的な場合である刑事手続に類似した法規制の妥当性が議論されてきた。しかし、強制入院は刑罰のように身体的自由を奪うこと自体に目的があるわけではなく<sup>\*4</sup>、医療施設の管理下において治療を施すことに目的と実質があるはずである。精神科治療の進化とともに、強制入院の実質に着目すれば、むしろ患者の自己決定権の保障と制限のせめぎ合いこそが強制入院における人権の調和点として検討されるべき主題であるとする認識が深まってきた。こうした中で、強制入院については、入院すなわち社会生活や地域生活の中断という問題と、入院下において行われる個々の治療行為の問題を分けて検討する必要性も認識されてきた。前者においては、依然として身体的自由の保障という論点は残っている。しかし、前者においても、通院に比べて治療が集中的に行え、病状の急変や投薬による症状や副作用の変化にも臨機に対応できる点で治療効果と安全性が相対的に高いと想定される入院という選択肢について、社会生活や地域生活の利益を犠牲にし、スティグマを受ける危険性を覚悟しても入院という選択肢を選ぶか否かという自己決定の課題があり、その決定を患者本人に委ねるか、強制的な介入をすべきかという自己決定権保障と限界の問題がある。後者の入院下での個別の治療行為については、隔離拘束などについては身体的自由という課題が濃厚に表れるが、投薬治療などについてはインフォームドコンセントと自己決定の課題であることは明らか

である。

このように、強制医療介入については、身体的自由の保障という観点から自己決定権の保障という観点への人権課題の重点の移動が20世紀終盤に起こってきた。これに対して、障害者権利条約14条は、さらに平等性の観点、すなわち、障害のない人たちと同等の医療のあり方を実現すべきことを求めている。この観点からみると、国連原則が許容する強制入院の類型も、精神障害のある人だけに許容される特異な自由剥奪制度である点で障害者権利条約14条に反するとななければならない。上記の国連人権高等弁務官事務所および国連人権理事会特別報告官の所見は、こうした観点からの指摘である。

法律家は、従来、自傷他害要件による強制入院について、自傷他害が精神障害に起因することを要件とすることで、自由剥奪の要件が厳格化されると理解してきた。しかし、それは言い換えればその自由剥奪制度が精神障害のある人以外には拡散しないことを保障するという意味で、自由剥奪の要件が厳格化されているということにすぎない。いわば、この要件は、非障害者の社会に自由剥奪が拡散しないようにする防波堤としての意義を有する要件にすぎず、精神障害のある人にとっては自由剥奪の要件が厳格化されているという意義は乏しい<sup>\*5</sup>。したがって、これを平等化するとすれば自傷他害のおそれの要因を精神障害に限定せず、誰でもそのおそれの認められる人は強制入院になしうとするシステムに変える必要がある<sup>\*6</sup>。しかし、それは自由社会にとって耐えがたい脅威的なシステムになるであろう。そうすると自傷他害のおそれに基づく自由剥奪制度を創設することは、全体として断念すべきことになるであ

<sup>\*4</sup> 懲役や禁固などの刑罰は、自由刑と呼ばれ、自由を剥奪することがその刑罰の本質と理解されている。

<sup>\*5</sup> 精神障害があれば足りるのではなく、それが自傷他害と因果性をもっていることが必要なので、一定の絞り込みがなされうるが、現実には生じた自傷他害の事実と精神障害の関係を回顧的に検証するのではなく、「おそれ」との関係を想定するものであるため、要件として十分な絞り込みはなされにくい。

<sup>\*6</sup> 自傷他害のリスクを精神障害に限定せずに統計的に抽出することは可能であろうし、そのリスクの軽減のためのさまざまな心理社会的療法も否定されないであろうから、一般市民について措置入院的なシステムがおよそありえないことにはならない。

ろう。

では、重症性と判断能力の欠如を理由とする強制入院はどうであろうか。これも精神障害に特化した自由剥奪制度として存続させることは平等原則から許されない。したがって、傷病や障害によって特異化しないユニバーサルな制度として、重症性と判断能力の欠如を基本要件とする強制入院制度を考えるべきことになる。しかし、この普遍化については、医療の高度化に伴ってさまざまな傷病において患者本人の意思を確認できない場合が生じており、むしろ、治療の必要性や有効性が高い場合に患者本人の意思確認ができない場合の医療介入の一般原則を明確にする意義は少なくない。精神科医療における医療介入を他の一般医療における非自発的な医療の原則と同一の地平で定めることは障害者権利条約が求める平等原則を満たすことになるとともに、精神科医療を特殊化せずノーマライズするという点でも有益である。

### Ⅲ. 強制医療介入の基準

障害者権利条約が拓いた非差別・平等性の原理からすると、傷病の重症性と判断能力の欠如を基本要件とする強制医療介入だけが認められることになるが、強制医療介入の要件は他の人権規範の要請も踏まえてさらに吟味をする必要がある。主要な基準には以下のものが含まれる<sup>3)</sup>。

第1に、重症性は、放置すれば自己決定が永続的に不可能になってしまうような心身の機能の重大な損傷の状態であることを要する。患者本人が自己決定を行える可能性があるのであれば、治療の選択は、患者本人に委ねられるべきである。強制医療介入は放置すれば自己決定を行える可能性を永続的に喪失するという事態であるからこそ認められる。

第2に、したがってまた、強制医療介入は自己決定ができる状態を回復するために行われるのであり、行われる介入は自己決定回復に有効性のある措置でなければならない。介入をしても治療効果がなく、自己決定回復に役立たない介入を認めることは、介入の目的に矛盾することになる。

第3に、判断能力は、障害者権利条約12条の法的能力の平等原則に従って判断されなければならない。同条は人の判断能力についても医学モデルから社会モデルへの転換を求めている。社会モデルによれば人の判断は、教育や社会経験、さまざまな社会参加の中で形成される豊富な人間関係や社会関係を基盤とした情報の交換や相談・助言・忠告などのインフォーマルなコミュニケーションのプロセスの中で形成されていくものである。しかし、従来の医学モデルは、こうした社会的要因が人の判断を支えている側面をまったく見てこなかった。障害者権利条約12条3項が自己決定の支援を受ける権利を規定しているのは、障害のある人が社会的に排除され、教育や社会経験の機会に恵まれず、豊富な人間関係や社会関係を形成することができず孤立した状況に置かれていることに着目して、その点を充填していくことによって本人なりに判断をしていくことができる状況を作ることを求めるものである。失われた社会的基礎を充填せずに本人の個人的要因だけに着目して判断能力がないと断定してしまうことは、障害のある人が社会的に排除され孤立化させられているという偏頗な社会構造が障害のある人の判断の脆弱化をもたらしているという事態を座視することになる。したがって、判断能力が失われていると認められるためには、自己決定支援が尽くされていることが必要である。

第4に、人権の制約は、合理的必要最低限度でなければならないので、より緩やかな医療的介入によっても同程度の効果が見込まれる場合には、その方法によるべきこと〔Less Restrictive Alternative (LRA) の原則〕になる。

第5に、現行法の医療保護入院の改正案として、保護者制度を廃止したうえで医療保護入院の同意は家族等によるとする手続保障の可否を検討しておきたい。上記の基準を中心とした強制医療介入の実体的な要件が客観的に満たされていれば、国親思想（パターナリズム）に基づいて住民の健康を守るべき自治体の権限として強制医療介入を発動することは許されるはずであり、そこに自然的

関係である家族の同意を要件とする意味は見出しにくい。患者本人が、将来判断能力を失ったような場合に備えて、自ら望む医療と望まない医療の内容や判断基準を示して代諾者を指定しているような場合には、その代諾者の代諾は本人の意思に代わるものと評価することは可能である\*7。しかし、配偶者はともかく、その他の家族関係は意思や契約に基づいて形成された関係ではなく、出生などの事実関係に法が親族身分関係を付与することにしたものである。婚姻関係は意思に基づいているが、判断能力を失った場合を婚姻時に想定して配偶者を選択しているとはまでは言えない。確かに家族は、本人の身近に生活してきているので本人の価値観や人生観を最も知りうる基礎がある。しかし、それは本人の意思を推測する資料を提供できるということにすぎず、家族の意思が本人の意思に代わりうるものではない。したがって、家族を代諾権者とすることはできない。しかも改正案では、家族の一人でも同意をすれば他の家族は反対しても医療保護入院の同意として有効であるとする事になっている。すなわち、入院を肯定する家族員の意見はそれを否定する家族員の意見に優越する制度となるのだが、家族としては同等の法的地位に立つはずであるのに、なぜ入院賛成者の見解が優越的に扱われるのかその合理

的根拠は見出しがたい。改正案は、実際にも入院場面での病院と患者と入院賛成家族と反対家族間の「四つ巴」の混乱を生じさせることを避けられないだろう。

### おわりに

障害者権利条約は、数年の間には批准されるはずである。その批准に向けて、同条約が提示した平等原則を基礎とした強制医療介入の整備が望まれる。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2011b), para35, 2011
- 2) FRA : Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems, European Union Agency for Fundamental Rights, 2012
- 3) 池原毅和 : 精神障害法, 三省堂, 東京, p.115-131, 2011
- 4) 松井亮輔, 川島 聡 : 概説障害者権利条約, 法律文化社, 京都, p.345-363, 2010
- 5) UN : Convention on the Human Rights of People with Disabilities Ad Hoc Committee, Daly Summery 7, 2006

\*7 もっとも、このような場合でも代諾者を定めてからの日時経過や事情の変化、予め事態を想定することの困難さなどから、代諾を本人の意思と同視することには本来的に危うさが伴っている。

## Involuntary Placement and Treatment of Persons with Mental Health Problems

Yoshikazu IKEHARA

*Senior Attorney, Tokyo Advocacy Law Office*

Involuntary placement and treatment of persons with mental health problems were initially discussed from the perspective of personal liberty. However, the autonomy of persons with mental health problems has been growing in importance as an issue of involuntary placement and treatment since the last part of the twentieth century, because the purpose of involuntary placement is not the deprivation of liberty but to provide adequate treatment under medical supervision. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) adds a new perspective from non-discrimination and equality. Article 14 of CRPD states that “the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.” This provision should be construed from a perspective of non-discrimination. Conventional types of involuntary placement mainly based on dangerousness (UN-MI Principle 16-1a) and incompetency (UN-MI Principle 16-1b) are not allowed by Article 14. There is a discussion on the difference between “mental disability” and “mental illness”. Some people argue that CRPD should apply not to persons with mental illness, but to those with mental disabilities. However, CRPD does not provide a definition of “disability”. It states that its definition is developing. ICF also mentions that ICD-10 and ICF should complement each other. Thus, CRPD should apply to the involuntary placement and treatment of persons with mental illness as well. It is clear that Article 14 intends to change the situation whereby persons who have been described using various terms, such as madness, lunacy, insanity, mental illness, mental disability, mental health problems, and users, are involuntarily hospitalized/placed. The significance of Article 14 will be lost if it cannot be applied to psychiatric hospitalization. From the perspective of non-discrimination, we have to universalize involuntary placement and treatment or completely abolish them. We cannot tolerate a situation where a type of dangerousness is applied to anyone who is a danger and who can be managed by involuntary placement and treatment. However, it will be acceptable to establish strict rules of involuntary placement and treatment in a case where a person loses his/her capacity to provide consent and certain placement and treatment will be helpful to recover his/her autonomy. Such rules are necessary not only for persons with mental disabilities, but also for other patients such as those in a coma. We have to devise new rules on types of incompetency. However, we must consider some other issues. Article 12 of CRPD provides a non-discriminatory view on the legal capacity. It is based on the so-called “Social Model”. The human capacity to understand and judge is supported by education, social experi-

ences, as well as human and social networks. However, persons with disabilities have far less of these resources than others because of social exclusion. It is essential to overcome such social deficits before we judge one's capacity. Treatability and a less restrictive alternative are also important rules of involuntary placement and treatment. Finally, there is controversy regarding the consent of a family member to involuntary placement with regard to the ongoing discussion on the amendment of the Mental Health Act. It is impossible to regard the consent of a family member as a patient's will. It is unreasonable to grant priority to a family member who gives consent and ignore another family member's opinion against hospitalization, since their legal status is the same. The proposed amendment will cause a serious conflict among the hospital, a family member who gives consent, other family members, and the patient. Consent from a family member is not necessary and detrimental.

<Author's abstract>

<**Key words** : CRPD, autonomy, discrimination, dangerousness, competency>

---