

特集 精神保健福祉法の今後を展望する — 保護者制度の廃止を見すえて —

保護者制度廃止後の非自発的入院制度の展望

吉岡 隆一

精神保健福祉法改正では保護者制度が廃止されようとしている。その背景には高齢化する疾病構成と家族構成の変化がある。新たな医療保護入院制度は、なおも家族の同意要件を残し、政府の地域精神医療と強制医療への責任を放棄している。多数の社会的長期入院者を退院させるのではなくその收容サービスを切り下げた資源の一部で作られる地域サービスは、結局取用サービスの付属物以上にはなりえない。長期的には、障害者権利条約を考慮に入れて、強制医療と自由の制限のための精神科に特殊でない医療全体での法制を検討すべきである。

<索引用語：医療保護入院、保護者制度、精神保健福祉法、地域サービス、障害者権利条約>

はじめに

平成24年6月、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」は保護者制度の廃止を打ち出し、平成25年2月厚生労働省は精神保健福祉法改正の方向性を示し、4月に改正案を上程した。本シンポジウムでは、「検討チーム」の議論を振り返り、改正案での保護者制度廃止の意義を批判的に検討するとともに、わが国の精神保健医療福祉体制を入院中心のシステムから変換するために必要な条件を検討しつつ、現在の精神保健医療福祉体制の整備に関するポイントを考察する。また将来において、障害者権利条約の影響や、医療一般における同意能力なき医療と自由の制限に関する法制の整備によって、精神科医療の法的枠組みが変化する可能性を提示したい。

I. 保護者制度に関する議論

平成22年から始まった「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」での検討が、保護者制度の廃止を打ち出すにいたった理由は、「チーム」自身のまとめによれば、次の3点が保護

者制度の問題だからである³⁾。すなわち、第一に、医療保護入院では本人との間にあつれきが生まれやすく保護者に負担であること、第二に保護者の同意がないと退院できず入院が長期化すること、第三に入院の必要があつても保護者の同意がなければ入院できないことである。

ここで問題になるのはこの3点はそもそも保護者制度に由来する問題であるのかどうか、次に、精神保健福祉法改正案における保護者制度の廃止の上に立つ新たな医療保護入院（以下、新入院制度と呼称する）はこの問題点から自由なのか、ということである。

さて、まず上記第一点について考えてみる。医療保護入院という非自発的入院に関して、入院の必要性和継続医療の必要性を伝えるのは医療者側の責任であつて保護者の責任ではない。また、入院中の権利保障が十分なされているか、入院医療の水準は適正に保障されているか、地域での医療が可能かという実態が、本人の非自発的入院に対する抵抗感を大きく規定するのである。つまり、この問題の根本は、保護者制度の問題とはいえない

い。

上記第二点については、十分な地域支援が存在していないことが、保護者が退院に消極的になる理由であって、保護者に依存しない地域支援の必要性があることが示されているが保護者制度の問題ではない。

第三点についていえば、保護者の同意が得られないという事態は、精神病圏の当事者の家族が高齢化しているとか、認知症を含む当事者自身が単身生活しているなどの場合に起きやすく、かつそうした事例が増加しつつあるわけである。入院手続きの面だけなら、応急入院や市町村長同意などの手段で現行でも対応はできるが、本人に実質的な支援を行う保護者や家族が少なくなっている現状を踏まえて、代わって入院と地域支援を行う公的責任と実際上の施策が求められているのにそれがないという問題なのであって、やはり保護者制度の問題ではないのである。

ひるがえって、改正案は「保護者」を「家族等の同意」に言葉をかえて残すのであるから、チームが保護者制度の問題として挙げたものは「家族等の同意の問題」として同様に残るという批判が「チーム」の見地からしても当然なのである。

II. 精神保健福祉法改正案と新入院制度

保護者制度の廃止によって、新入院制度の下では、家族は精神保健福祉法上の義務はなくなる。それと同時に家庭裁判所は精神保健福祉法との接点を失う。新入院制度は、いわば現行の医療保護入院 33 条の第 2 項入院に一本化するに近い。

退院支援にあたる院内 PSW の位置づけが明確化され、院内医療保護入院委員会が設置される。これらは一步前進とはいえ基本的に「院内」の仕組みでしかなく、代弁者などの権利擁護者は仕組みとして規定されなかった。また、同委員会に期待される入院期間の短縮を実現するためには、診療報酬上のインセンティブや医療保護入院期間に関する実質的な規定が必要である。

新入院制度については、入院をめぐる家族間での意見の相違や医療費の自己負担分の未収による

現場の混乱を危惧する声もある。もっともな指摘ではあるが、こうした問題は単身者や機能不全の家族など、現在すでに保護者制度が機能しないところで起こっていてそれが拡大するのであって、非自発的入院と地域支援を家族に頼らないで行う公的責任を明確にすることこそが根本的な対策である。

III. 現行医療保護入院と新入院制度

1. 医療保護入院と新入院制度の公法的性格と代諾論

精神保健福祉法詳解は(病院管理者は)「入院契約の申し込みもないのに、これを入院させる権限を有するなどということはない」「患者の親族や友人などから入院契約の申し込みがあった場合でも…最先順位の保護者の同意がなければ、当該入院契約に基づいて患者を病院に入院させることはできないという点に意味がある」とする⁸⁾。すなわち医療保護入院が「民法上の契約」で保護者の同意はいわゆる「代諾」であるとするのだが、この解釈が正しいのかどうかは根本的な問題である。「チーム」の検討では「第三者のためにする契約とも言い切れない」という意見が紹介されている。本人がその契約を拒否する場合に契約と言い難くなるからである。

精神保健法の成立に関与した平野の意見を振り返る意義がある¹⁾。平野は、精神衛生法では入院や処遇における強制性へのセーフガードが欠如していること、保護者による同意はそうしたセーフガードの欠如を合理化できるものではないことを指摘し、本来の医療保護入院は、保護者の同意が正当化するような民法上の契約のようなものではなく、指定医 2 名の非自発的入院必要性の判断の一致および精神医療審査会による審査を要するものと考えた。平野自身による記述は以下の通りである。「わが国の法律では、同意入院者についての法的な救済手段が十分でなかった」(p.52) のは「保護義務者の同意はいわゆる『代諾』すなわち、本人の同意に代わるものだとされていた…保護義務者、とくに親戚は本人の立場に立って同意する

ものであるという考えがあった…そしてたとえ親戚であっても、自由の拘束というような重大なことについては本人に代わって承諾するということは認めがたいのではないか」(p.53)としている。「これまでの同意入院は、保護義務者の同意が入院を正当化する根拠であったが、新しい医療保護入院では、医師の判断が入院を正当化する根拠であり、保護義務者の同意は、医師が入院させるのが適当だと判断した場合でも同意がなければ入院させることはできないという、いわば消極的な要件に過ぎない。審査会で判断されるのも主としてこの医師の判断なのである」(p.75)「本人のためとはいえその自由を拘束する権限というのは、本来ならば裁判所だけが持ちうるものです」(p.57)「わが国でも、今回の改正に当たっては、医療保護入院をさせるためには、二人の医師の判断が必要とすべきであった」(p.57)。

平野のように考えるならば、現行医療保護入院はそもそも民法上の契約とは言い難い。

さらに、新入院制度は、保護者を廃止する上、扶養義務者内での最先順位に関する規定をおかず、裁判所関与はなくなり、家族の同意は簡略化する。また、増加が見込まれる後見人保佐人による場合では、家族に依存してきたような地域支援は、現状の施策の水準では期待できない。学会調査が明らかにするように、現在市町村長の同意が形骸化しながら相当数行われている⁶⁾。要するに、家族に依存しないで地域精神保健福祉のニーズに応える体制作りが急務であり、かつ、指定医の入院判断の比重はますます重くなる⁴⁾。この指定医の権限は、本来裁判所しか行使できないパレンスパトリエ、「国親」の権限が委ねられたものであり、新入院制度はいよいよ契約概念にはなじまなくなる。換言すれば、新入院制度の公法的性格がより明らかになるのである。

2. 入院の目的

医療保護入院の要件である「医療及び保護」は、かつてのような社会からの隔離による弱者の保護といった恩恵的なものとして考えられるべきでは

ないことが核心である。入院の目的は、精神保健福祉法の第一条、精神障害者の「社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進」という理念、より根本的には障害者の権利に結び付けられて考えられねばならない。入院の長期化が問題なのはこの点にかかわる。社会が非自発的に入院させるのであれば、社会が退院を可能な限り保障しなければならない。

3. 入院費の費用負担について

すでにみたように新入院制度は民法上の契約という色彩をますます失っている。社会が行う非自発的入院であるからその費用負担の一部を公費が担うことは不合理ではない。

社会が行う非自発的入院として措置入院では公費負担が行われている。大谷は、自傷他害のおそれの状態を解消することによって反射的に精神障害者の利益となりうるので措置入院の本質は、医療保護入院とおなじパレンスパトリエの法理によるとする⁷⁾とすれば、新入院において、措置入院の場合の健康保険制度の自己負担相当分を限度として、社会復帰と社会参加のために公費で保障することは不当とはいえない。

公費負担制度がかならず非自発的入院の長期化に結びつくとはいえない。非自発的入院の長期化の防止と適切な地域精神保健福祉を促すインセンティブとして、行政的なイニシアチブを発揮するものとして制度設計することも不可能ではない。公費負担する入院期間の設定や入院費の逓減制、退院や地域移行・地域定着のための自治体への財源保障などがメカニズムとして考えられる。

4. 保護者制度廃止と新入院制度の意義

精神病性障害の場合の保護者としての両親世代は高齢化している。また、認知症の場合の保護者としての子供世代は、生活実態を別にしていても多い。どちらの場合も、実質的な入院同意は困難になりつつある。その反面として入院に関する指定医の判断の比重が高まっている。法改正で家族の「同意」が残されても、それはより形式的

なものになり、民法上の契約という名目に見合わなくなる。

一方で、障害者の権利の理念は、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進をもとめることになる。

こうした背景のもとで、それでも「同意」の形式を保存しようとするれば、順位をとわず家族等があるいは、後見人保佐人等があるいは市町村長が、手続き(だけ)を行うしかない。

すなわち、障害者の権利保障の一環として社会復帰の促進に関する公的責任を含んだ非自発的入院の位置づけが求められているのに、新入院制度はなおも「家族による同意」を保存し「民法上の契約」の形式に似せることによって、パレンスパトリエに基づく「社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進」のための政府の責任を後景化する道具となっている。

IV. 地域サービスが入院サービスを代替するために

その他の今次改正案の大きな特徴は、法律上に、厚生労働大臣が「良質かつ適切な精神科医療の提供の確保に関する指針」を明らかにすることを書き込んだ点にある。これによって行政のイニシアチブが形式的には確保されたのだが、それがどこに向かうかは注目の必要がある。

さて、わが国の精神保健医療福祉サービスの供給体系は、民間優位(公立劣位)、単科病院優位(総合病院劣位)、医療優位(リハビリ福祉劣位)、入院優位(地域劣位)、というようにできあがっている。7万2,000人の社会的入院があるといわれながら、これまで退院促進事業は見るべき成果を上げたとはいえない。この供給体系のもとでは、地域サービスやリハビリサービスや福祉サービスが類型化されても、結局、民間入院サービスの付属物となってしまう、それに代替していくことができない。

これを変えるためには次の3つが必要条件である(十分条件ではない)。

①入院病床の絶対的削減

②地域、リハビリ、福祉サービスの収益性が(長期)入院サービスより高いこと

③自己負担において、地域、リハビリ、福祉サービスが(長期)入院サービスより安価であって選好されやすいこと

①は地域、リハビリ、福祉サービスが独立するために、②は地域、リハビリ、福祉サービスへ転搬するために、③は地域、リハビリ、福祉サービスが成長するために、それぞれ満たされねばならない条件である。

そのうえで、④地域、リハビリ、福祉サービスをコーディネートできる人材をケアマネージャーとして養成できるかが問題になる。

法改正が可能にした「指針」の下絵の一半は、「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会(平成24年6月28日)」に書き込まれていると思しい。そこでは、入院期間3ヵ月未満、1年未満、それ以上、長期かつ重症、に分けて機能分化し、第3のグループに現在割り当てられている資源を削減し、第1,2のグループのリハビリと外来、あるいは訪問やアウトリーチ診療に振り向けるという方向が示唆されている。

注意しなければならないのは、地域サービスが長期在院者の退院ではなくて収容を維持しつつそれをより安価なものとすることで可能になるものと発想されていることである。

こうしてできた地域サービスは、社会的入院の解消を目指すものではなくそれを前提にしている。それは主として壮年前半程度の比較的若い…今でも入院期間が2ヵ月内ほどに相当に短縮している…比較的軽症ないし生活障害の少ない患者層を主な対象とする底の浅いものになってしまうおそれがある。つまり従来と同じく、民間入院サービスの付属品になり終わる可能性が高い。

本来は、長期入院している人々を退院させ地域で支援する、入院に代替できるものとしての地域サービスが求められているのだが、その姿がこの検討会の報告からは見えてこないのである。

上記第3グループの資源削減を認知症の人の入院サービスにあてるとなれば、なおさら地域サー

ビスの未来はなくなるだろう。

V. 法的枠組みの長期的な展望

非自発的入院制度に関しては、入院同意を与えない場合の医療という、精神科に限られず医療一般に開かれた問題として考察する必要も考えられる。また障害者に対する強制医療に障害者権利条約がどういう立場をとるのかという問題としても考察できる。

今次精神保健福祉法改正のヒアリングでもそれを意識した発言がみられる。すでにみたように当面の制度的政策的焦点を見失うことなく、今後議論すべきであろう。

1. 入院同意を与えない場合の医療について

1) 日本弁護士連合会の意見

「精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書」(平成24年12月20日)は、「患者自身が医療を受ける権利を十分に行使できない状態は、重篤な精神疾患がある場合に限られず、終末期医療などにおいても問題となりうるため、本来は、全ての人を対象とした、医療に関する自己決定権を保障・支援するための制度が設けられるべきであり、これに基づき、入院の要否を判断するのが在るべき姿である」としている⁵⁾。先立って発表された「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」(平成23年12月15日)では、<本人が選任する同意代行者ないし家庭裁判所が選任する法定同意代行者が同意代行を行い、同意代行者が同意の判断に困難をきたす場合は医療同意審査会の審査を行うとする。同意代行者は成年後見人と家族。同意拒否や同意欠如は、医師医療機関による家庭裁判所への許可をうる>という制度を提言している⁴⁾。この案は裁判所の関与を(現行の法や実際より)強めているが、今次精神保健福祉法改正では、裁判所関与は消失している。

2) 精神科での同意なき医療に関する論点

判断能力を欠く場合の治療の同意代行は個別の治療行為にかかわるものであるが、いくつかの治療行為にまたがって、それらの前提として患者本

人の意思に沿わずに自由の制限(たとえば身体拘束や閉鎖環境への収容)を行わねばならない場合が、身体科医療でも精神科医療でもある。

身体科医療と精神科医療に共通の、①判断能力を欠く場合の治療、②医療実施における自由の制限、に関する法が必要であると考えられる。その場合には再び裁判所の関与に関して考察することが必要であると思われる。

共通の法が規定できれば、精神保健福祉法の少なくとも新入院(と応急入院)は不必要になる可能性がある。

2. 障害者権利条約に関して

1) 障害者権利条約に関する池原の意見

池原は、障害者権利条約は、精神障害に限らず疾病が自己決定あるいは自律が永続的または長期的に不可能になってしまう場合に自己決定・自律の回復を目的として非自発的入院を例外的に認めるものであるとする²⁾。

そのうえで、障害者権利条約の観点からは、平成3年国連原則「精神障害が重篤でありかつ判断力が阻害されている場合」は非自発的入院の1つの場合として認められうるが、非自発的入院が精神障害に限定されることは差別的で許されないものとしている。また、平成3年国連原則にいう精神障害による「自己または他者への切迫した危害」のおそれによる強制入院も許されないことになるとしている。

2) 障害者権利条約と精神保健福祉法規との関係

池原のような解釈が正しいとすれば、障害者権利条約が批准された場合には、医療観察法や措置入院が条約との関係をまず問われ、次に精神に限った強制医療や強制入院に関する法の存置が問題となることになろう。

おわりに

本稿が検討している精神保健福祉法改正案は、本シンポジウムでの発表時点ではなお国会審議中であつたが、附帯決議を付されて、平成25年6月

13日に成立した。

附帯決議の五は、「非自発的入院制度の減少を図るため、『家族等いずれかの同意』要件を含め、国および地方自治体の責任、精神保健指定医の判断等、幅広い観点から、速やかに検討を加えること」としている。また同じく七は、「非自発的入院の特性に鑑み、経済面も含め、家族等の負担が過大にならぬよう検討すること」、八は「医療保護入院等の患者の退院後における地域生活への移行を促進するため、相談対応や必要な情報の提供、アウトリーチ支援など、その受け皿や体制整備の充実を図ること」などをうたった。

本稿で指摘した問題点は、このように附帯決議でも問題とされていることがわかる。しかしながら、付帯決議では、任意入院の形をとった何万もの社会的入院者の解消や非自発的入院の可能な限りの回避のための、入院を代替できる地域サービスを整備するという観点は明瞭でなく、結局入院に付随的な地域移行サービスへの希望が明文化されるにとどまっているようにみえる。

附帯決議の九は、「認知症の人」について、「精神科病院への『社会的入院』の解消を目指すとともに、地域の支援・介護体制の強化に取り組む」としているが、精神障害者全般についてこの課題

が共通であることが忘却されるべきでないことを強調しておきたい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 平野龍一：精神医療と法—新しい精神保健法について。有斐閣，東京，1988
- 2) 池原毅和：精神障害法。三省堂，東京，2011
- 3) 厚生労働省新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk-att/2r9852000002e9u6.pdf>
- 4) 日本弁護士連合会：医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱 (http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf)
- 5) 日本弁護士連合会：精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書 (http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion_121220_2.pdf)
- 6) 日本精神神経学会精神医療・保健福祉システム委員会：医療保護入院制度および保護者制度に関する全国調査—市区町村長同意制度を中心に—。精神経誌，115；207-230，2013
- 7) 大谷 實：新版 精神保健福祉法講義。成文堂，東京，2010
- 8) 精神保健福祉研究会：精神保健福祉法詳解。中央法規出版，東京，2007

**A Critical View of Involuntary Hospitalization and Patient Protection
after Abolishment of the System of Guardianship under the 2011 Revision
to the Act on Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled**

Ryuuichi YOSHIOKA

Department of Psychiatry, Toyooka Hospital

The current system of guardianship is to be abolished under the Revised Mental Health and Welfare Act. Aging patients and changing family structures highlight the need for public services based on *parens patriae*. The proposed new system of involuntary hospitalization continues to require family member consent, as in civil contracts, and legal authority remains ambiguous, with the government neglecting its responsibility to guarantee inpatient treatment and community services. Many long-term patients are scheduled to be cared for in hospitals more cheaply than is currently the case, and community services are assumed to be funded through those savings, but such services are nothing more than accessories with extra beds. In the long term, it is necessary to consider comprehensive legislation on compulsory treatment and restrictions to freedom related to both physical and mental disorders in the context of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

< Author's abstract >

< **Keywords** : involuntary hospitalization, guardianship, Act on Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled, community psychiatric services, Convention on the Rights of Persons with Disabilities >
