なぜ医療保護入院をなくさなければならないと考えたか

中島　直✉

日本精神神経学会および同学会精神保健福祉法委員会は，『精神保健福祉法』に対し，精神障害者の人権擁護等の観点から見解を出し，医療保護入院制度を批判し，究極的には廃止を提言してきた．この趣旨について十分な理解が得られていないため，本稿にて改めて説明を行った．特に 2022 年の「精神保健福祉法改正に関する学会見解」（以下，2022 年見解）がおおむね網羅的なものである．ここでは強制入院の改革について，第 1 段階としてこの問題に関する国等の責任を明確にし，第 2 段階として措置入院と医療保護入院を一本化し，第 3 段階として精神科医療にとどまらず医療福祉全般を網羅した立法にするとしている．医療保護入院の根幹は，「医療及び保護のため」という漠然とした要件で，その病院の所属でもよい精神保健指定医と家族により，無制限に入院を継続できるということである．しかし，そもそも人を拘禁することに公的な権限でなく私人の判断のみでよいということに大きな疑問がある．医療への代諾という考え方もあり得るが，これは 2000 年の成年後見制度の導入に際し見送られた経緯がある．他国の強制入院制度は複数の専門家がかかわり，家族に権利擁護者としての役割を求め，入院期間も短いという特徴がある．日本と類似した条項である韓国の「保護入院」は憲法裁判所で憲法不合致とされ改正された．手続きを重視してもそれが入院期間の短期化につながるわけではない．行政を関与させることは重要であるが，日本では行政が不適切な処遇などが知られた遠方の病院にいわゆる「厄介な人」を入院させてきたというケースがあり，問題とされている．精神医療審査会の充実も重要であるが，審査件数や退院等の認容自体が少なく，地域格差も激しい．任意入院の場合も長期にわたり閉鎖処遇を受ける傾向があることを意識すべきである．当学会の 2022 年見解が実現すれば国際連合障害者権利委員会の総括所見の大部分は解決する．今後も検討が必要である．

索引用語　精神保健福祉法，強制入院，医療保護入院，障害者権利委員会総括所見，長期入院

著者所属：医療法人社団新新会多摩あおば病院
編　　注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに太田順一郎（岡山市こころの健康センター）を代表として企画された．
✉E mail：CZX00547@nifty.ne.jp
受 付 日：2024 年 11 月 1 日
受 理 日：2025 年 2 月 7 日
doi：10.57369/pnj.25-064

はじめに

日本精神神経学会（以下，当学会）および同学会精神保健福祉法委員会（以下，当委員会）は，これまで，『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』（精神保健福祉法）に対し，精神障害者の人権擁護等の観点から見解を出し，医療保護入院制度を批判してきた．究極的には同制度の廃止を提言している．しかし，やはり今なお，上記提言の趣旨，特になぜ医療保護入院をなくさなければならないかについて，十分な理解が得られているとはいえない．ここで提言の趣旨をあらためて説明し，関連するいくつかの問題について論じる．

Ⅰ．これまでの当学会および当委員会の主張

1．2022 年見解に至るまで

当学会および当委員会は，『精神保健福祉法』に関し，2004 年 11 月 23 日「精神保健福祉法改正に関する見解」[19]，2005 年 7 月 4 日「精神保健福祉法改正に当たっての要望書」[20]，2013 年 5 月 7 日「精神保健福祉法改正に関する見解」[21]，2014 年 7 月 19 日「改正された精神保健福祉法についての学会見解―特に 41 条に定める『大臣告示』に関して―」[22]，2016 年 3 月 29 日「精神保健福祉法改正に関する学会見解」[23]および「精神保健福祉法改正に関する委員会見解」[29]，2016 年 6 月 1 日「『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会』への緊急要望」[24]，2017 年 3 月 18 日「精神保健福祉法改正に関する学会見解」[25]，2018 年 11 月 18 日「措置入院指定病院の基準の一部改正に関する委員会見解」[28]と多くの見解を出してきた．医療保護入院に対する批判点はほぼ一貫している．当該医療機関に属していても可とされる精神保健指定医（指定医）1 名の診断で行われること，家族等や市町村長の同意を要件としているが，家族は権利擁護者といえない場合が少なくないこと，市町村長同意が形骸化していること，基本的にこの構造のまま無期限の入院となりうること，適用すべき診断基準が明確でないこと，「市民的及び政治的権利に関する国際規約」（国際人権 B 規約）9 条 4 項[2]や 1991 年の国際連合の「精神病を有する人の保護及びメンタル・ヘルス・サービス改革のための諸原則」[17,18]などの国際的基準を満たしていないことなどである．

2．2022 年見解

2022 年 9 月 28 日の「精神保健福祉法改正に関する学会見解」[26]（以下，2022 年見解）が上記の見解をおおむね網羅的にしたものといえる．簡単に紹介しておく．同見解は，「Ⅰ 法体系自体を見直すべき」として，医療，保健に関する条項と福祉に関する条項は分離し，他障害に劣らない施策が講じられるべきこと，精神障害者の人権擁護，自立支援，社会参加の視点がきわめて不十分であること，法の目的から「保護」を削除，「精神障害者の権利と生活を尊重し」という文言を挿入すべきであること，精神障害者の諸権利尊重，差別解消，社会参加への支援，医療機関や支援施設の適正配置，医療機関等の情報公開等を国や地方公共団体の義務にすべきであること，患者の同意が得られない処遇や治療，行動制限は精神科医療のみに限定された問題ではなく，将来的には医療，福祉全般を網羅した立法が検討されるべきであることを論じた．また，「Ⅱ 非自発的入院制度を抜本的に見直すべき」として，医療における強制性を発動する主体は国家・公権力しかあり得ないので，家族同意はなくし，非自発的入院の開始，その妥当性の判定，適切な時期の退院などは，国と自治体の責任であることを明示すべきであること，入院要件を厳格・明確にし，国・地方自治体の責任を明確にすれば，措置入院と医療保護入院という 2 つの強制入院の制度は不要となり，将来的には一本化を検討すべきであるとした．さらに，「Ⅲ 入院患者の退院促進および権利擁護を抜本的に改善すべき」として，病院も『障害者虐待防止法』の通報義務の適用対象とすべき，精神医療審査会を都道府県から独立した第三者機関とし，上級機関を設け，不服申し立ての審査，精神医療審査会の審査状況の調査・研究，研究会の開催等を行うべきで，合議体の委員構成の医療委員を 2 名以内にし，請求から 2 週間以内で審査会を開催すべきであることとした．また，強制入院では 3 ヵ月程度，任意入院でも 1 年程度で面接での妥当性審査を行い，立ち入り調査では日頃の処遇等を患者や職員から広範に聞き取るべきであること，退院支援委員会で退院への方針が立てられていない，あるいは本人や地域援助事業者の参加率が低い医療機関は改善するよう働きかけがなされるべきであること，行動制限最小化委員会を法文上に規定，外部委員の参加を必須にすべきであること，アドボケイトを導入すべきであること，退院後支援はすべての入院形態において必要な人に提供されるべきで，地域における患者管理や犯罪予防のためのものとしてはならないことを論じた．加えて，「Ⅳ 適正な精神科医

療・保健・福祉の確保を明記すべき」として，精神科特例を実質的にもなくすこと，地方公共団体に社会基盤整備を義務づけ，予算措置を講じるべきであること，非自発的入院を受け入れる病棟にはより重点的な職員配置基準とすべきであること，精神科救急医療や感染症を含む身体合併症医療についても充実を明記すべきであることを述べた．

2022 年見解は章をまたいでいるのでわかりにくいところがあるかもしれないが，この見解は，強制入院の改革について 3 段階論を採っているといえる．すなわち，第 1 段階としてこの問題に関する国などの責任を明確にし，第 2 段階として措置入院と医療保護入院を一本化し（以上は「Ⅱ」で述べられている），第 3 段階としては精神科医療にとどまらず医療福祉全般を網羅した立法にする（これは「Ⅰ」で述べられている）ということである．

Ⅱ．強制入院を正当化する手続きについて

1.「家族等の同意」による強制入院は許容されるのか

ここでは，適切な精神科医療を受けなければ重大な問題が生じるにもかかわらず，その判断ができず，医療を受けることを拒む人がいて，それに対する強制的（非自発的）治療や入院が必要な場合がある，という前提に立つこととする．それはどのような手続きによって正当化され得るのかを検討する．

現状の医療保護入院は，指定医による医療判断に加え，「家族等の同意」を要件としている．市町村長による同意もあるが，大多数は文字どおりの「家族」である．そもそも人をその人の表出する意思に反して入院＝拘禁することに，公的な権限でなく私人の判断のみでよいということに大きな疑問がある．家族が常に味方で本人の利益を第一に考えるとは限らない．また，ある患者の家族は同意，同様の病状であっても別の患者の家族は不同意ということになれば，医療の均霑化は困難である．逆に医療が必要な人にそれが保障されないということにもなり，場合によっては生命の問題にまで至る．

医療保護入院の同意は，能力なき者に成り代わって医療への同意を行う代諾であるという考え方もあるかもしれない．しかし，代諾にも種々の問題がある．本邦においては，2000 年の成年後見制度の導入に際してかなり議論になったが，結局見送られた経緯がある．「今回の民法改正に際して成年後見の場面についてのみ医的侵襲に関する決定権・同意権に関する規定を導入することは，時期尚早…将来の時間をかけた検討に基づいて慎重に立法の要否・適否を判断すべき事柄であり，当面は社会通念のほか，緊急性がある場合には緊急避難・緊急事務管理等の一般法理にゆだねることとせざるを得ないもの」[3]とされている．この議論がその後もはっきりした進展をみせないのは医療者としては歯がゆい思いがあるが，精神科の入院のみが他の医療などに先行してこれを行うことができることの正当性は見あたらない．

成年後見制度については関連する問題がある．それは，同制度における後見人，保佐人が医療保護入院の同意を行う「家族等」に含まれているということである．しかし，上記のとおり成年後見制度は代諾を先送りした経過があり，医療保護入院への同意は制度自体が想定したものではなく，いわば『精神保健福祉法』が「勝手に」成年後見制度を流用したものに過ぎない[7]．実は『介護保険法』でも施設入所などについて同様の事態が起こっており，現場での誤解を招いている．

2. 他国の強制入院制度との比較

他国とは医療に対する住民の考え方や保険を含めた制度構造，全体としてのアクセスのしやすさなども異なり，また，医療以外の施設の状況も考慮すればその差はさらに大きくなるので，単純な比較ができない．また，他国の最新の制度を，その実態も含めて論じるのは著者の能力を超えている．その前提のもとで，いくつかの資料からとったものを表 1〜3 に示す．

すなわち，他国では複数（他施設や公的機関）の専門家がかかわり，家族は役割を果たすとしても権利擁護者であり，入院への同意は求めていない（提案者となることはあり得る）ことが多い．

他国は入院期間が短いということも重要である．上限が定められている国もある．当初の緊急性を要する状況では，医療判断が優先し，権利擁護が後手に回ることはやむを得ない状況もあり得よう．上述した，成年後見制度の導入に際しての議論でも，「緊急性」が 1 つの代諾の正当化根拠となっていた．しかし，本邦の医療保護入院は，緊急性がなくなっても入院当初と同じ基準で長年にわたる入院が可能となっている．入院時の基準が，長期ケアの状況となっても同じでよいというのは正当性がない．

3. 韓国の「保護入院」[1]

大韓民国（韓国）では，2016 年に，旧来の『精神保健

表 1　非任意入院に関する法律

	名称	備考（種類・要件等）
英国（イングランド）	Mental Health Act	（1）評価入院，（2）治療のための入院，（3）緊急評価のための入院，（4）入院中患者の非同意入院
フィンランド	Mental Health Act（Mielenterveyslaki）	【要件：全要件が必要】（1）精神疾患の存在，（2）治療をしなければ重症化することないし本人ないし他者への安全が守れないこと，（3）他の治療では不十分であること
フランス	Loi du 27 juin 1990	（1）Hospitalisation d'office，（2）Hospitalisation d'office si danger imminent，（3）Hospitalisation a la demande d'un tiers，（4）Hospitalisation d'extreme urgence
イタリア	Legge 180（法 180 号）：1978 年	【要件：次の場合，市長同意文書発行】（1）精神神疾患の存在，（2）治療必要性（3）患者が治療を拒否，（4）強制入院以外の選択肢がない，（5）公的施設勤務する別の医師の判断も同様
オランダ	Psychiatric Hospitals（Compulsory Admissions）Act	【要件】（1）精神疾患の存在，（2）精神疾患のために本人自身に危険，（3）入院以外では回避できないこと
韓国	精神保健法	（1）保護義務者による入院（精神科専門医の診断，保護義務者 2 人の同意で精神医療機関の長は 6 ヵ月間入院させることが出来る），（2）市・道知事による入院（精神科専門医または精神保健専門要員の申請により 2 週間入院させることが出来る），（3）応急入院（医師および警察官の依頼により，精神医療機関の長は 72 時間を限って入院させることができる）
オーストラリア（ビクトリア州）	Mental Health Bill 2010（Exposure Draft）	【要件】（1）対象者が精神疾患に罹患している，（2）治療により，病状悪化防止または軽減が期待できる，（3）精神病ゆえに対象者に治療についての正常な判断能力が失われている，（4）もし拘束しなければ深刻な自傷他害または状況悪化の恐れがある，（5）他のより緩い手段では代替できない

誤字・脱字・衍字と思われるものもそのままとしている．
（文献 4 より）

表 2　保護者制度

	保護者制度	保護者（提案者・請求者）順位	権利・義務
英国（イングランド）	あり*	提案者：1．配偶者/パートナー，2．息子/娘，3．父/母，4．兄/姉，5．祖父母，6．孫，7．叔父/叔母，8．甥/姪	非任意入院の申し込み，患者の入院の通知，入院検討時に相談（意見を求められる），入院申し込みへの反対，患者が退院時の通知，退院後ケアやサービス計画策定に関与
フィンランド	なし	—	—
フランス	あり	入院要望者に関する規定なし（四親等までの親族と希望者に保護者資格があるが，入院前に本人を知っている必要がある）**	規定なし
イタリア	なし	—	—
オランダ	あり（民法）	請求者：後見人，配偶者・パートナー（拒絶しない場合），親，子供，兄弟	善管注意義務（サービス提供者の保護者らへの責務．退院後の引き取り義務の記載はない）
韓国	あり	（1）扶養義務者：直系血族およびその配偶者間の協定により，協定がない場合は当事者の申請により裁判所が決定．その他の生計を共にする親族者 （2）後見人：最近親族の年長者，前項に関わらず養父母が存在する場合は，養父母，養家血族を先順位にする	適切な治療を受けさせる義務，自傷他害行為が起こらないよう監護する義務，財産上の利益などの権利擁護
オーストラリア（ビクトリア州）	あり（Mental Health Bill 2010：Exposure Draft）	患者が保護者を指定（指定の時点でその効果の正常な判断が可能な場合）．保護者は 18 歳以上で，責務を担う能力と時間的余裕があり，引き受けるのが嫌でない者でなければならない	患者の個人情報の提供を受け，治療等の方針・計画等について協議し，患者の権利を擁護

*家族からの提案がなくとも，他の要請があればソーシャルワーカーが中心となって手続きが進められる．
**担当ソーシャルワーカー，入院施設以外の医師である担当医を含む（保護者からの入院要望は必須）．
（文献 4 より）

表 3　諸外国における強制入院制度

国・州	入院形態	入院要件	入院手続き	権利擁護者	在院日数	家族役割
ニューヨーク州	非自発的入院	自傷他害	2 名の精神科医師	MHLS（司法機関）	上限 60 日	行政がケア責任
フランス	①県知事命令 ②病院管理者	①自傷他害 ②治療の必要性	2 名の精神科医師＆裁判所の関与	後見人	21 日	治療への参加，同居はほとんどない
イタリア	強制治療	緊急の治療の必要性＆本人治療拒否	2 名の医師	家族，友人誰でも可	上限 7 日で延長可能．平均 2 週間	入院には関与しない
イギリス	評価入院 治療入院	自傷他害 or 治療の必要性	2 名の精神科医師＆認定精神保健専門職	NR	評価入院は 28 日以内/治療入院は 6 ヵ月更新可能	NR
カナダ（アルバータ州）	強制入院	自傷他害or強制入院以外の方法が無い	2 名の医師（うち 1 名は精神科医師）	後見人 or NR	1 ヵ月で 2 名の医師診断により更新可能	NR
ドイツ（バイエルン州）	①民事入院 ②公法入院	①本人保護の必要性 ②自傷他害	精神科医師＆後見裁判所	①世話人（法定後見人）	平均 32 日	
台湾	強制入院	自傷他害	2 名の専門医師	保護者	60 日限度で更新可能	退院時の引取義務
韓国	①医療保護入院 ②行政入院	治療の必要性 & 自傷他害	2名の精神科医師＆2 名の保護義務者	保護義務者	3 月で更新可能	

NR＝nearest relative
（文献 30 より一部改変）

法』が『精神健康増進及び精神疾患患者福祉サービス支援に関する法律』へと改正され，2017 年に施行された．この背景には，従来の「保護入院」が人権侵害として問題視されたことがある．憲法裁判所も，2016 年 9 月 29 日，違憲状態だがただちに無効としない憲法不合致決定を出した．

韓国の旧「保護入院」は，入院治療の必要性，本人または他人に危害を与えるおそれのいずれかがあり，保護義務者 2 人以上（1 人しかいない場合は 1 人）の同意，および専門医 1 人の診断で入院とするものであった．本邦の医療保護入院に近く，同意者を 2 名としている点を重視すれば，本邦の医療保護入院より厳しい要件であったといえる．これが憲法不合致とされたのである．新法では，入院治療の必要性，本人または他人に危害を与えるおそれの両方があり，保護義務者 2 人以上（1 人しかいない場合は 1 人）の同意，および別々の機関に所属する専門医 2 人以上の一致した所見で入院とすることになった．他にいくつかの変更点もあるがここでは省略する．

繰り返すように他国の議論をそのまま持ち込むことには慎重でなければならないが，本邦における議論でも参考になる．

4. 手続きが保障されていればよいか

入院にかかわる人権保障というと手続きに関する事項が議論の中心になりがちである．しかし，手続きが保障されても，それが入院を短期化させることには直接つながるわけではないことに留意しなければならない．『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』（医療観察法）では，裁判所や付添人（弁護士）などの法律家がかかわっており，形式的な人権保護手続きは精神保健福祉法医療よりはるかに整っているが，平均在院日数でいうと 1,022 日[5]と，同時期の精神保健福祉法医療の 277 日[11]をはるかに上回る超長期入院となっている．著者の経験では，裁判所や弁護士などの法律家が手続き上はともかくとして，現実に入院をなるべく避けるようにという考えを有しているとは到底思えず，情報不十分な当初審判で「とりあえず入院」とされている[13,14]．

当学会は 2022 年見解を含めて行政が入院にきちんと関与すべきであることを繰り返し述べてきた．しかし，行政が関与すれば改善するとは限らない．不祥事や暴行事件などの問題が発覚した病院の多くは，遠方からの生活保護患者を多数受け入れて長期入院としてきたことが目立つ[6,15]．いわゆる「厄介な人」を，行政が問題ある遠方の

病院に入院させてしまうのである．つまり，退院させない病院を行政は放置し，むしろ積極的に利用してきたのである．これは地域資源の貧困さや行政の人手不足が背景にあることは確かであるが，そもそもの考え方の問題とも感じられる．

2022年の『精神保健福祉法』改正の2024年度施行分で，市町村長同意による医療保護入院者に対し，都道府県などが訪問支援員を派遣して相談や情報提供等を行う事業が新設された．これは2022年見解にもあり，別の見解[27]でも主張されたアドボケイトが，かなり内容も量も削られた形ではあるにせよ，取り入れられたものとして評価はできよう．ただし，もともと市町村長同意医療保護入院者への面会は，市町村の担当者に「速やかに本人に面会」を義務づけられていた[12]ものであり，それがきちんと行われていれば，この新事業はそもそも不要であった可能性もある．

精神科病院への入院の人権保護手続きにおいて精神医療審査会は非常に重要な地位を占める．しかし，審査会は，審査件数自体が年間で3,000件程度と少なく，「入院又は処遇は不適当」と請求が認められる比率は5.5%程度ときわめて低く，大阪市の37.5%をはじめとして高い自治体もある一方，少なくない自治体で0%となっているなど，地域差も著しい[8]．

手続きを重視することは誤りではない．しかし，手続きがあってもそれが現実に患者の退院などにつながっていないことを無視してはならない．行政を関与させてもそれだけで現実の退院などが保障されるわけではなく，医療内容自体の改善，地域資源の充実や行政の意識改革も急務である．

5. 医療保護入院だけが問題とは言えない

2023年6月30日時点[9]で，総数256,309人の入院者のうち，医療保護入院は129,072人，任意入院は124,282人とほぼ同数である．長期入院となっている者をみると，1年以上入院者は，医療保護入院では74,627人，任意入院では80,224人，10年以上になると同様に18,865人，23,600人と，むしろ任意入院のほうが多いことがわかる．終日閉鎖の病棟で処遇されている率は医療保護入院では86.0%だが，任意入院においてもその比率は65.1%に及ぶ．形式的な強制入院のみを問題にしても，それは本質を捉えているとはいえない．

III．2022年見解の先進性

国際連合障害者権利委員会の総括所見[10]は，日本の精神科医療・保健・福祉に痛烈な批判を加えた．これは，『障害者の権利に関する条約』に基づき，日本政府が同委員会に提出した報告書について，種々の経過を経て出されたものである．現場は，これに対しては，あえて無関心か，あるいは到底現実味がないという反応のように見受けられる．

しかし，結論を先に述べれば，私見としては，2022年見解が実現すれば，総括所見が指摘している大部分の問題は解決すると考える．

第1に総括所見が述べる「障害を理由とする強制入院の撤廃」である．前述した，2022年見解の3段階論でいえば，第3段階で，医療，福祉全般を網羅した立法が求められる．医療や福祉の提供において，本人の有効な同意が得られない場合には代諾などのシステムが構築される．精神科医療に限らず，他科の医療や福祉も網羅している点で，「障害を理由とする」ものではないといえるようになると考える．

第2に，総括所見が指摘する「監視システムの不在」である．2022年見解は，行政の責任の明確化，精神医療審査会の抜本的充実，面接調査の積極的実施を述べている．請求から2週間以内での審査会開催，強制入院では3ヵ月程度，任意入院でも1年程度での面接での妥当性審査というのも，十分かどうかは別として，監視システムとしては相当なものといえよう．総括所見は強制入院に強い批判を寄せているが，学会見解は任意入院をも対象としている点で，総括所見よりも徹底しているともいえる．

第3にやはり総括所見が指摘している「精神保健医療を一般医療から分離する制度を解体」である．これについても，上記の強制入院・処遇の一本化，および2022年見解で述べた「精神科特例を実質的にもなくすこと」によって，果たすことができる．

一方，上述したように，総括所見は任意入院への批判が相対的に弱い．また，本邦において必要な医療が受けられていない者への医療保障の視点もきわめて弱い．さらに，精神病床のなかに増加している認知症者に対してどのような援助が必要かという視点を欠いている．加えて，形式の改善は内容の改善と一致しないことへの認識が薄い．こうした限界を意識し，それをさらに乗り越える改革が必要である．2022年見解は，十分かどうかはともかく，これらへ

の視点も有している．

こうした全体像と医療保護入院は，やはり両立し得ない．医療保護入院の根幹は，「医療及び保護のため」という漠然とした要件で，その病院の所属でもよい指定医と家族により，無制限に入院を継続できるということである．入院届や今回の『精神保健福祉法』改正で新たに加えられた期限と更新，精神医療審査会への請求などの制度はあるが，本邦の精神科医療が圧倒的に民間精神科病院によって担われていることも相まって，基本的に“公”を排する形となっている．これでは改革は進みにくい．“公”を入れ，一方で“公”も規制・監視するシステムこそが第一歩になると考える．

おわりに

総括所見に対し，無視し，あるいは「現実的でない」などと一蹴する態度は誤っている．逆にそれを無批判に受け入れるのも正しいとはいえない．参考にしつつ，その限界もふまえる必要がある．医療者の視点からこれに関連する議論をすることは大きな意味がある．

当学会の学術総会のシンポジウムの場では，フロアから，改めて医療保護入院をなぜなくさないといけないのか，というご意見と，まったく逆に，以前から医療保護入院の廃止はずっと言われてきたので，ようやくここまできたかと感じた，というご意見をいただいた．いずれも率直な感想なのであろう．また，審査を徹底して行うためには多数の法律家が必要になるのではないかというご質問もいただいた．25万人余が入院している状況で人権保護手続きを徹底させるのは容易ではない．著者としては並行して医療の質を上げて入院者数を減らしていく医療実践と政策による誘導が必要と考えている[16]．

2022年見解で果たして十分といえるか，実現可能性がどの程度あるかという視点はまだまだ掘り下げが必要であるように感じられる．当学会精神保健福祉法委員会としても今後も検討を続ける．

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）藤原夏人：【韓国】精神健康増進及び精神疾患患者福祉サービス支援法．2017（https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_10404462_po_02720208.pdf?contentNo=1）（参照 2024-10-15）
2）外務省：市民的及び政治的権利に関する国際規約（https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/2c_004.html）（参照 2024-10-15）
3）法務省民事局参事官室：成年後見制度の改正に関する要綱試案及び補足説明．p.43，1998（https://www.shojihomu.or.jp/public/library/156/1-sanko_3.pdf）（参照 2024-10-15）
4）伊藤弘人：海外における精神科入院医療制度について．厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」（主任研究者：中根允文）平成23年度総括・分担研究報告書．p.11-15，2012（https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2011/113081/201122040 A/201122040A0001.pdf）（参照 2024-10-15）
5）重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会：医療観察法統計資料2020年版（https://www.ncnp.go.jp/common/cms/docs/toukeishiryou20221226.pdf）（参照 2024-10-15）
6）木村朋子：滝山病院事件．病院・地域精神医学，66（2）；114-121，2023
7）桐原尚之，上山　泰，中島　直ほか：座談会・成年後見制度の現状と課題．第5次精神医療，11；10-33，2023
8）来住由樹，髙橋智美，中島　直ほか：座談会・精神科における医療の質―その指標になり得るもの―．第5次精神医療，13；9-36，2024
9）国立精神・神経医療研究センター：精神保健福祉資料（https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html）（参照 2024-10-15）
10）国際連合障害者の権利に関する委員会：日本の第1回政府報告に関する総括所見（https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf）（参照 2024-10-15）
11）厚生労働省：令和2年病院報告（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/03byouin02.pdf）（参照 2024-10-15）
12）厚生省保健医療局長：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項及び第6項の規定に基づく医療保護入院及びその入院の期間の更新の際に市町村長が行う同意について（昭和63年6月22日健医発第743号）（https://www.mhlw.go.jp/content/001193631.pdf）（参照 2024-10-15）
13）中島　直：「とりあえず入院処遇」を避ける鑑定・鑑定入院を．病院・地域精神医学，60（1）；42-44，2017
14）中島　直：医療観察法に関する最高裁判所裁判例の検討．廣島法学，46（4）；296-324，2023
15）中島　直：報徳会宇都宮病院事件―過去のものではなく，現在もなお続くものとして―．病院・地域精神医学，66（2）；96-100，2023
16）中島　直：精神科における医療の質．第5次精神医療，13；2-5，2024
17）中山宏太郎：「精神病を有する人の保護及びメンタル・ヘルス・サービス改革のための諸原則」（国連人権委員会作業班草案）について．精神経誌，93（4）；266-283，1991
18）中山宏太郎：「精神病を有する人の保護及びメンタル・ヘルス・サービス改革のための諸原則」（国連総会決議，1991.12.17）．精神経誌，94（4）；386-387，1992
19）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に関する見解．2004（https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=14）（参照 2024-10-15）
20）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に当たっての要望書．

2005（https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=12）（参照 2024-10-15）
21）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に関する見解．2013（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20130507_new.pdf）（参照 2024-10-15）
22）日本精神神経学会：改正された精神保健福祉法についての学会見解―特に 41 条に定める「大臣告示」に関して―．2014（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20140719.pdf）（参照 2024-10-15）
23）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に関する学会見解．2016（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/seishinhokenhukushihoukaisei_gakkai.pdf）（参照 2024-10-15）
24）日本精神神経学会：「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」への緊急要望．2016（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/hokeniryouhukushi_youbousyo0601.pdf）（参照 2024-10-15）
25）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に関する学会見解．2017（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/seishinhokenhukusi_170318.pdf）（参照 2024-10-15）
26）日本精神神経学会：精神保健福祉法改正に関する学会見解．2022（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20220928.pdf）（参照 2024-10-15）
27）日本精神神経学会：アドボケイト導入に対する見解．2022（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20220214.pdf）（参照 2024-10-15）
28）日本精神神経学会精神保健福祉法委員会：措置入院指定病院の基準の一部改正に関する委員会見解．2018（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/kenkai_20181118.pdf）（参照 2024-10-15）
29）日本精神神経学会精神保健福祉法特別委員会：精神保健福祉法改正に関する委員会見解．2016（https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/seishinhokenhukusi_iinkai.pdf）（参照 2024-10-15）
30）塩満　卓：諸外国における強制入院制度とわが国の医療保護入院―イギリス，韓国，台湾との比較を中心に―．第 4 次精神医療，97；75-82，2020

Why Did We Believe that Involuntary Hospitalization for Medical Care and Protection Must Be Abolished?

Naoshi NAKAJIMA

Tama-Aoba Hospital

The Japanese Society of Psychiatry and Neurology（JSPN）and Committee on Mental Health and Welfare Law have issued opinions on the Mental Health and Welfare Law from the perspective of protecting the human rights of people with mental disorders, criticizing the system of Involuntary Hospitalization for Medical Care and Protection（Involuntary hospitalization when hospitalization is deemed necessary for medical and protective reasons by one qualified psychiatrist）and proposing its abolition. Because our stance has not been fully understood, we decided to further explain it. The 2022“JSPN's Opinion on the Revision of the Mental Health and Welfare Law”is generally comprehensive. It states that the first step in reforming involuntary hospitalization is to clarify the responsibility of the government and other entities regarding this issue, the second step is to unify Involuntary Admission by the Prefectural Governor（Involuntary hospitalization when two qualified psychiatrists determine that there is a risk of self-harm or other harm）and Involuntary Hospitalization for Medical Care and Protection；and the third step is to ensure that the legislation encompasses not only psychiatric care but also medical care and welfare in general. The basis of Involuntary Hospitalization for Medical Care and Protection is that a designated mental health physician who may be affiliated with the hospital and family members may continue unrestricted hospitalization

under the vague requirement of it being “for medical care and protection.” However, it is highly questionable whether only the judgment of private individuals and not an official authority can be used to detain a person. A substitute for medical care could have been considered；however, this was abandoned when the adult guardianship system was introduced in 2000. Compulsory hospitalization systems in other countries are characterized by the involvement of multiple specialists, requirement that family members play the role of advocates, and short hospitalization periods. South Korea’s “Protective Hospitalization” system, which has provisions similar to those in Japan, was amended after the Constitutional Court ruled that it did not conform to the Constitution. Emphasizing the procedures does not necessarily lead to shorter hospital stays. Involving the government is important, but in Japan, the government has been admitting “troublesome people” to distant hospitals that have become famous for inappropriate practices. It is also important to enhance the psychiatric review board；however, the number of reviews and approvals for discharge are low and there is a wide disparity between regions. Moreover, it is important to be aware that voluntary hospitalization tends to result in long-term closed treatments. If the 2022 view is realized, most of the findings of the Concluding Observations on the Initial Report of Japan of the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities will be resolved.

Author’s abstract

Keywords Mental Health and Welfare Law, involuntary hospitalization, involuntary hospitalization for medical care and protection, Initial Report of Japan of the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, long-term hospitalization