

精神科医と法律家の距離

大 谷 實

一 問題の背景

一 はじめに 私に与えられたテーマは「精神科医と法律家の距離」ということですが、精神科の先生方がどの辺に位置しておられるのか、また、精神科医と法律家の間に考え方の距離が本当にあるのかも疑問ですので、「法律家の立場からみた精神医療」ということを中心に、特に任意入院に焦点を絞ってお話をします。ところで、精神障害者の人権が法律家の間で注目されるようになりましたのは、ごく最近のことです。私は、昭和四五年から四六年にかけてオックスフォード大学に留学していたのですが、帰国後に第一回目の講義をすべく教室に参りますと、四、五〇名の赤ヘルメットをかぶった学生に教壇を取り囲まれ、「糺弾」を受けることになったのであります。初めは、何のことか理解に苦しんでいたのですが、事情を聞いてみますと、私がイギリスに滞在中執筆した保安処分に関する論文を撤回せよというのです。京大の医学部の学生もいたようですので、あるいは先生方の中にその時にお目にかかった

方もいらっしゃるかも知れませんが、二回にわたる糺弾集会の後に物分かれに終り、私は論文を撤回せずにすみしました。しかし、その団交のなかで精神医療の解体が叫ばれ、精神障害者の人権が論じられているのを聞いていまして、私は、精神医療における人権の問題に法学の光を当てる必要があることを痛感し、早速、文部省の科学研究費の助成を受けまして、法律家、精神医学者、福祉関係者一〇名からなる「精神衛生法研究会」を組織し、二年間にわたって研究を続けた次第です。

時あたかも、欧米における精神医療の転換期に当たっていた時期でありまして、特にアメリカにおける裁判所の態度には目をみはるものがあり、私どもの共同研究は大きな成果をあげたと自負していますが、そこで得られた結論は、精神医療における人権確立のため、精神衛生法を抜本的に改正すべきであるということでありました。私のこのような体験談からも分かりますように、精神障害者の人権問題が法律家の間で自覚されるようになりましたのは、保安処分を契機とするものだったのです。そして、この度、精神衛生法の改正が行われ、精神障害者の人権保護の強化が図られましたことは、この問題にかかわってきた一人としてまことに大きな喜びとするところであります。

二 法改正の意義

もっとも、今回の法改正は、我々の努力が報いられたというよりも、むしろ、国際人権連盟

（NGO）とか国際法律家委員会（ICJ）の批判と勧告が直接のきっかけとなって行われたといつてよく、その意味では国際的な圧力によって精神保健法が制定されたという印象があることも否定できないと思います。そのせいか、精神医療の現場におられる先生方のコンセンサスが得られた上で、この度の改正がなされたとは必ずしも言えないと思いますし、実際「法律が変わっても何も変わらない」という声も耳にします。他方、法改正によって導入された入院時の告知制度や行動制限の緩和、開放処遇の促進など、いずれも医療スタッフの確保と医療費の増加を必要とする

ものばかりで、精神障害者の人権を本当に保護しようと思うのであれば、何よりもまず財政的な裏づけをすべきであるという批判も耳にします。

私は、人権保護を強化するために、どれくらいの経費がかかるのかは知りませんし、また、ほかならぬ病院の管理者の方も本当のところは分からないのが実情であろうと思います。問題は、精神医療において人権を侵害し、人間の尊厳を傷つけている面があったのではないかという点にあります。そして、もし本当に人権を侵害しているのであれば、それはまさに犯罪そのものなのですから、いかに医療費ないし経費が増えましても人権保護を図るほかはないのであります。人権の強化を眼目とした新しい精神保健法の完全実施こそ、与えられた緊急の課題であることは申すまでもないことであります。

それでは、法律家からみて、精神医療のどこに人権侵害的な面があるかを考えてみます。

二 メディカル・モデルからリーガル・モデルへ

一 メディカル・モデル 既にご案内の通り、国際人権連盟などの日本の精神医療に対する国際的な批判は二つありまして、一つは、日本の精神医療は余りに入院中心主義であり、しかも病院は閉鎖的であるからこれを改め、地域医療に重点を移すべきであるとともに開放処遇を一層拡大すべきであるという点です。もう一つは、入院患者の人権が保障されていないので、人権保護のための手続を整備すべきであるというものです。そして、この人権侵害性も、結局は、強制入院中心の精神医療体制がもたらしているものだというわけですが、問題は、強制入院がどうして人権侵害に結びついているのかという点にあります。

たしかに、改正前の精神衛生法が目指したものは、精神障害者に対する医療・保護でありましたし、また、それまで私宅監置などで医療的措置がなされずに放置されていた精神障害者に対し、精神衛生法を制定することによって、病院に収容し医療・保護を加えることができましたのでありますから、患者の福祉を図り、人権を強化するものであるこそすれ、精神衛生法を強制収容法であると悪法よばわりするのは、とんでもない誤解であるという意見があります。さらに、精神医療は、自ら判断できない精神病者を治療し保護するのであるから、精神医療に強制はつきものであって、入院や退院について人権保護の手続が必要であるとするのは、精神医療そのものの否定につながるともいわれます。そればかりか、国は、昭和三〇年代には特例まで設けて病院および病床数を増やし、強制収容主義を進めていながら、今になって人権問題を持ち出して地域医療の推進などをモットーに掲げるのは、言語道断であるし、さらに、病院の不祥事も一部の悪質なものにすぎないのであって、それを理由に、強制入院そのものを人権侵害の温床であるとして制度を改めるのは、納得がいかないという意見もあります。こうした考え方は、多くの精神医家の本音のところに根強く潜んでいると想像するのですが、そうだとしますと、精神医療の改革は不可能であり、この度の法改正も無意味に帰してしまいます。

ところで、強制入院中心の医療は、わが国に固有のものであったわけではありません。戦後少くとも一九六〇年代までは、メディカル・モデルのもとに、先進諸国の多くでは、強制入院による病院医療が中心となっていました。本人の病気をなおし保護してやるためには、個人の自由を侵害し拘束してよいし、又、拘束すべきだというパターンリズムがこの時代を支配していたのであります。いわゆる向精神薬の開発も、パターンリズムに拍車をかけたと思われるのですが、やがて一九六〇年代の終り頃になりますと、精神病院に入院させても治療効果があがらず、その結果として、

諸外国においても精神障害者は十分な医療も加えられず、ただ病院に收容されているだけという状況が出現してきたといわれています。こうした状況を背景として、精神医療に法律の光を当て、その改革を図ろうとする機運が高まってくるのですが、その傾向はアメリカにおいて最も顕著であったと思います。

二 アメリカの変革

一九五〇年代のアメリカの精神病院においては、患者の過剰收容、職員不足、長期在院が一般的な傾向となっていたのであり、精神病院はアメリカの恥部とさえいわれた程です。いわゆる「治療なき拘禁」が一般的だったといわれています。この実態に着目して、精神医療の変革を目指そうとしたのは、当時のケネディ大統領でありました。彼は、アメリカの精神病院は「国としての良心を悩ます」と述べて、二〇年間に精神病院の病床数を半分に減らすべきだと提案したのです。しかし、ケネディの提案は、精神病院の治療構造を変えるまでには至らなかったでありまして、やがて「治療を受ける権利」が強調されるようになり、一九六六年には、いわゆるラウス事件判決が下されることになります。チャールズ・ラウスという男が銃の不法所持で逮捕されましたが、刑事裁判では精神障害により無罪とされまして、セント・エリザベス病院に強制入院させられた。しかし、治療らしい治療は受けられず、刑務所であれば一年ぐらいの拘禁刑ですむところ四年も入院させられたとして、人身保護令状による釈放を請求したという事件です。裁判所は「ラウスの意思に反して入院させた目的は治療にあるのであって、処罰にあるのではない。精神病院に治療がないとすると、病院は有罪という判決も下っていない人を無期限に拘禁する刑務所に変わってしまう」と述べまして、ラウスを釈放させたのでありますが、この判決こそ精神障害者の人権について、法律上の判断を示した最初のものといつてよいのであります。

その後、アメリカでは、「治療を受ける権利」を根拠として釈放を請求する訴訟が相次いだのですが、精神障害者

の人権にとって画期的な意義をもった判決は、何といっても一九七〇年のワイアット事件判決です。この判決はいいです。「アラバマ州には、治療目的で収容されている患者に対し、治療を与えることに失敗しているが、そのことについて法律上正当化を図る道は全くない。人道的な理由すなわち治療を与えるという理由で患者の自由を奪っておきながら、治療を与えていない」ということは、デュー・プロセスの根本を侵害するものである」と述べ、強い調子で精神医療の実態を指弾するのですが、その後アメリカでは、いわゆるドナルドソン事件に関する連邦最高裁判所の判決が出るに至って、精神障害者の人権が正面から認められることになりました。ドナルドソンという男は、父親の申請に基づいて、裁判所の命令によって、妄想型分裂病としてフロリダの州立病院に収容されたのですが、「二、三週間の入院」の筈であったものが、それから約一五年間拘禁されたため、自由に対する侵害を理由に訴えを提起して争ったというのですが、合衆国連邦最高裁は、一九七五年六月、全員一致でドナルドソンの主張を認め、「拘禁の理由が治療の必要ということにある以上、最小限の十分な治療を与えることが憲法上の義務であり、病院にその意思に反して拘禁されている者は、その拘禁の理由が何であれ、精神病がなおり、改善されるべき機会が与えられるような治療を受ける憲法上の権利を有する」と述べるとともに、「精神病だから、また、治療が必要であるという理由だけで、その意思に反して拘留することは、憲法上到底認められるものではない」と説いたのであります。その後も精神障害者の人権にかかる憲法訴訟は相次ぎ、特に、ハワイ州の精神衛生法を憲法違反であるという理由で争った、一九七六年のスズキ訴訟判決では、単に精神病であるという理由で入院を認める従来の入院方法は、「メディカル・モデル」であって、その手続自体デュー・プロセスに反し人権を侵害するものと断じまして、今後の入院手続は、「リーガル・モデル」に則って、刑事手続に似た厳格なものであることが必要になると宣言したのです。すなわち、入院の理

由を手続の初めに患者に告知し、場合によっては陪審を求め、弁護人を選任して反対尋問をする権利を認めるべきである、そして、精神病であり、かつ入院させる必要があることを「合理的な疑いをいれない程度」に立証させて、初めて強制入院が可能であると判示したのであります。この判決は、精神科医を驚かせたといわれていますが、ともあれ、第一に、精神病というだけで強制入院を正当化することはできないとする判決、第二に、自由の制限は最小限でなければならぬとする判決、第三に、強制的に入院させた以上は「治療を受ける権利」を保障しなければならないという判決、さらには第四にメディカル・モデルからリーガル・モデルへの転換を図る判決、こういった一連の最高裁判決が効を奏し、アメリカでは、かつては六〇万人もの患者が病院に収容されていたものが、一九八〇年代にはその四分の一に減ったとされています。このようにしまして、アメリカでは一九七〇年代から地域精神衛生センターの設置が進み、地域精神医療への転換が図られたのですが、しかし、その転換は決して成功といえるものではないといわれています。精神障害者の囲い込みによる新しいゲッター化、ストリートピープル化は、精神障害者の治療の機会を奪い保護のない悲惨な生活に追いやっているとされ、それが今日の新たな社会問題となっていることも事実であります（以上、寺嶋正吾・大谷Ⅱ中山編・精神医療と法〔昭五五〕二五〇頁以下参照）。

三 転換の意義

ところで、イタリアでも、一九七八年に突如、強制入院制度を廃止し、精神病患者に対する治療も他の一般の病人と同じように行すべきものとされました。精神障害は社会的・環境的な抑圧の所産であり、精神病院は、その抑圧の中核的存在であるという考え方で精神病院の解体が試みられたといわれています。そこで、治療は救急の場合は別として、任意的な形で実施すべきであり、病院外での治療が原則であるとされているようですが、地域医療体制が整備されないままに精神病院の解体を図ったことで、医療の水準は低下し、患者は病院に出たり入った

りしているために治療効果があがらず、また、刑務所に収容される人間も増え、目下、強制入院復活の動きが出ているというように、ここでも精神病院の解体が成功しているとはいえないのでありまして、むしろ新しい社会問題を生み出しています。強制入院を制限し、地域精神医療へと転換を図ったことで、精神病者は却って社会から粗末に扱われる結果となっている面があることも事実でありまして、ある法学者は、これを「精神医療変革の暗い側面」あるいは「陰の部分」と称されていますが、確かにその通りだと思います（平野龍一「精神医療と法」ジュリスト八八三号六頁）。しかし、それにもかかわらず、私は、この変革、過去二〇年間にわたる精神医療の転換は、有意義であったと思います。十分な医療も加えられず、ただ精神病院に閉じ込められて悲惨な生活を強いられていた患者について、第一に、入院手続の適正化による不当入院の排除、第二に、自由の制限の少ない代替策を要求する「最小限自由制限の原則」を確立して無益な強制入院を除去しようとしたこと、第三に、患者の処遇について通信、面会権、プライバシーの権利が認められるようになったこと、第四に、適切な治療を要求し、これを受ける権利が自覚されてきたこと、そして第五に、「治療を拒否する権利」にも目が注がれるに至ったのであります。そして、それによってもたらされた強制入院による病院医療から任意入院への転換、入院・通院医療から社会に根差した医療への転換は、その暗い部分、陰の部分がありまして、それは明らかに有意義な転換、後戻りが許されない転換だと思うのであります。

三 医療と同意原則

一 リーガル・モデルの問題点 それにいたしましても、アメリカで展開されたリーガルモデルは、かなり問題をはらむものでありました。ご存知のように、リーガル・モデルの思想はもともとはポリス・パワーに由来するとい

われております。ポリス・パワーの考え方は、要するに、精神病者を強制入院させうる根拠は、精神病者が他人に危害を加える虞があり、それを防止するためには警察力を行使する必要があるからだとする点にあります。したがって、精神障害者は犯罪者と同じような手続で施設に収容されるべきであるということになりますから、陪審を求め、弁護人を選任する権利ばかりか黙秘権を認め、反対尋問に基づいて審理したうえで、合理的な疑いをいれない程度に危険性が立証されて、初めて強制入院が許されるということになるわけです。リーガル・モデルの入院手続は、まさに強制入院の刑事手続化、精神科医の警察官化をもたらす結果となったのであります。アメリカの連邦最高裁がリーガル・モデルを採用すべきだとしたのは、それによって、強制入院に係る人権侵害を排除することを狙いとするものであったことは勿論ですが、しかし、精神病院が患者の治療を目的として存在するものであります以上、患者に対し十分な治療を加え、病気の回復ないし寛解を図るという見地に立って、これまで何が人権上の支障となってきたかを検討することが重要なのではないか。すなわち精神医療においては、患者本人が自らを傷つけるのを防止し、病気が悪化するのを防ぐとともに、その回復を図ることが核心となるべきであると考える立場、すなわちパターンリズムの立場に立脚したメディカル・モデルこそ、精神医療の根幹に据えるべきものではないかと思うのでありまして、リーガル・モデルの考え方もまさに医療・保護の枠内で考慮すべきだと思うわけです。

二 最近の医療問題と人権

ところで、精神医療における人権問題が特にアメリカでクローズ・アップされた背景には、ベトナム戦争を背景とする権利主張運動、反精神医学、差別問題などとの連動があったことは勿論ですが、同時に、医療全般におけるところの人権ないし個人の尊厳の確立の動きが、精神医療に反映したという側面があることに注目しておく必要があります。特に医療における自己決定権の保護という観点から、患者の同意に基づかない医

療行為は違法であって、仮に治療が成功しても、民事上の損害賠償責任、場合によっては刑事上の責任を負わすべきであるという同意原則、いわゆるインフォームド・コンセント・ドクトリンの考え方が、戦後、アメリカ、イギリス、西ドイツなどで大いに台頭したのであります。

日本におきましても、昭和三〇年代の末頃からこの問題に法律家を取り組んできたのですが、そもそも医療は、医者が患者の事を思って施すのであるから、いちいち患者の同意を得て行うべきものではないというのが従来の考え方であったと思います。これに対し、戦後、人権意識が強くなるに伴いまして、「個人の人格の尊厳」の保障ということが価値観の根本となって定着してきたのでありますが、このことは、憲法一三条にいう個人の尊厳を医療においても保障すべきであるということを経験させることになったのです。自分が治療を受けようと、あるいは治療を受けずに早死にしようとも、それは本人の自己決定の問題、他人からは干渉を受けないプライバシーの権利であると考えられるようになった。こうして、わが国におきましても、医者が勝手に治療を加えることがトラブルの原因となり、遂に、患者の同意に基づかないで行った医療、いわゆる「専断的治療行為」が、わが国においても訴訟問題にまで発展することになったのです。

日本の医療において、同意原則を確立するきっかけとなった有名な判決を二つ紹介してみましよう。一つは、「乳腺手術事件」というものであります。事件はある女優さんを原告とするものでありまして、左右の乳房の腫瘍について医師の診察を受けましたところ、右の乳房に癌があったので、医師は右乳房全部を早急に取る必要がある旨を女優さんに説明し女優さんもこれに同意したので、早速手術をしてその部分を摘出したのですが、その際に左乳房を調べたところが左の方に乳腺症があることを発見し、将来癌になる虞があると診断して、ただちに左乳房の摘出手術を行

なつたのであります。しかし、その女優さんは左の方の摘出には同意していなかったのだから違法な手術であるとして、損害賠償請求の訴を起こしたというものです。東京地方裁判所は、昭和四六年の判決で、手術には原則として患者の承諾が必要であり、また、特別の事情がない限り医師はその手術につき患者が承諾するかどうかを確認する必要があるとして、医師に対し当時で一五〇万円の慰謝料の支払いを命じたのであります。

もう一つは、「舌癌手術事件」と呼んでいるものですが、事件は、甲という六〇歳の男性が舌の異常を主訴として診察を求めましたところ、悪性の舌癌と診断され、医者は病名を告げずに舌の切除が必要であると説明したのですが、甲は手術に同意しませんでしたので、家族は別の病院に甲を連れて行きまして診察を受けさせましたところ、同じ診断が下り、舌の切除をすすめられましたが、もちろん、患者はこれを聞き入れないので、医者は、病氣は潰瘍なのでその部分を焼き取るとだましますと、甲はそれには同意をしましたので、舌の約三分の一を切除したというものであります。甲は、医者を相手どりまして、自分は舌の焼き取りには同意したけれども、切除には同意していないと主張して一〇〇万円の慰謝料を請求して裁判所に訴えたのですが、昭和四八年に、秋田地方裁判所は「患者の拒否がいずれとも判断できない場合ならともかく、拒否していることが明らかな場合にまで、医学上の立場を強調することは許されない」と述べまして、三〇万円の支払を命じ、医師を敗訴としたのであります。

このように、患者の同意に基づかない医療侵襲、すなわち専断治療行為は、それ自体が医療目的にそうものであり、また、医療の準則に従って適切に行われているだけでなく、一般的にみれば患者の利益となるような医療上の効果をあげていまして、裁判所はそれを違法なものとするのでありまして、只今紹介した二つの判決は、わが国の医療の現場に同意原則を導入したものととして画期的な意義を有するものとなったのです。この頃からわが国におきましても、

手術承諾書ないし誓約書を取って医療を行うという慣行が一般化したのでありますが、その後も、この種のケースを争う裁判がいくつか現われておりまして、精神医療に関して申しますと、例えば、同意入院中に強制的にロボットミール手術を受けさせられたとして争われた札幌地方裁判所の昭和五三年判決、また、措置入院中にロボットミール手術を受けさせられたとして争われた名古屋地裁の昭和五六年判決などがあり、いずれも同意原則に反するものとして病院側が敗訴しているところであります（大谷・医療行為と法〔昭五五〕七〇頁以下参照）。

このようにして、われわれ法律家の間では、医療における同意原則は今や常識となっておりまして、いわゆる「インフォームド・コンセント」の理論、すなわち「十分な情報を提供した上での同意」のもとに診療を行うべきであるという考え方の下に、医師の患者に対する説明義務を認め、説明による同意に基づいた診療でなければ違法であると考えている次第ですが、その結果、例えばエホバの証人による輸血拒否の場合、たとえ死の結果を招いても医師は輸血をすべきでないというように、やや常識に反するような結論も、法律上は適法なものとして受け入れられているのであります。

三 同意原則のフィロソフィー

このように、インフォームド・コンセント・ドクトリンを貫いていきますと、

容易に助けることができるのに死なせてしまったり、自殺未遂者が治療を拒否している限り救命できないといった、従来のモラルからみれば不当な結論も容認せざるをえないということになります。しかし、既に指摘しましたように、今日の法律上の価値の根源は、個人の尊厳の確保ないし保障にあるのでありまして、その個人の尊厳は、行きつくところ自らの幸福追求はその者の自己決定にゆだね、他の者が干渉すべきではないというプライバシーの保障にあるということにほかならないのです。そして、医療を受けるか受けないかは、まさに、その人個人の問題として、最も自

己決定権になじむ事柄ではないかと思うわけです。

余談になりますけれども、最近、医の倫理ないし生命倫理の問題がにぎやかですが、例えば、男女生み分け、人工授精、体外受精、あるいは臓器移植問題なども、結局は自己決定の問題に行きつくのではないかと思うのであります。

四 同意原則と精神医療

一 任意入院の意味 日本医師会では、最近、遅まきながら、同意原則を重視して、医師はどの程度治療につて患者に説明すべきか、また、いかなる方法で同意を得るか、さらに、同意を要しないで医療侵襲を加えることができるのはどういう場合かなどにつきまして、本格的な検討に入ったと聞きます。ところで、やや、くどくどと同意原則について申し上げましたが、その意図は、ご推察の通り、精神医療におきましても当然に同意原則が基本となるべきであり、その点では一般の医療と異ならないということをお願いいたします。

いうまでもなく、精神障害者も平等にその人権を保護されるのでありまして、その意味では、個人の人格の尊厳に基づく自己決定権、プライバシーの権利も、健常者と同様の保護を受けるべきことは当然であります。もっとも、精神障害者は、そもそも自己決定の能力を欠くところに特徴があるのだから、精神障害者に自己決定権を認めること自体、一種のフィクションであるというご意見もあろうかと思えます。しかし、ここで言う同意は、自分の健康について有効に選択または処分する能力を内容とするものでありまして、民法という法律行為能力や刑法という責任能力と異なることは言うまでもありません。したがって、未成年者であっても有効な同意をすることができずし、責任無能力者であっても同意能力を認めるべき場合もありえます。なお、医療を受けるかどうかの問題なのですから、治療

の効果やその危険度によって同意能力の取扱いが異なるのは当然でありまして、例えば、風邪のために注射をするといった軽い侵襲の場合には、相当に能力が低くても有効に同意しうるのに対し、生命の危険が伴うような大手術については、未成年者には同意能力がないということもありうるわけであります。

精神障害者の同意能力については、従来、法律家の検討が遅れていましたが、西ドイツでは、精神障害者であっても、一般に治療に対しては法的に有効な同意を与えうる能力があるとされておりまして、わが国においても、先程紹介した「札幌ロボットミイ判決」におきまして、「爆発型精神病質・慢性アルコール中毒病」の患者であっても「患者本人において自己の状態、当該医療行為の意義・内容、及びそれに伴う危険性の程度につき認識し得る程度の能力」があるときには、同意能力を有しうるとしました。また、大阪高裁の昭和五五年判決すなわち「十全会事件」判決では、精神分裂病、反応性うつ病の患者であっても同意能力があると判示しています。したがって、精神障害者の医療も本人の意思によることが本則でありまして、任意入院が原則となるべきことは、少なくとも法律上は当然であるといつてよいわけです。

二 入院拒否の問題

ところで、精神医療の場合には、同意の問題よりも、診療拒否ことに入院拒絶の方が重要であります。多くの患者に病識がなく、したがって、本人の意思による入院を待っていたのでは治療ができないということが、強制入院の一つの、そしておそらくは最も重要な根拠であると思います。そのためか、入院についての拒絶能力に関しては、従来、法律家によって殆んど論じられず、特に同意入院（新しい制度では医療保護入院）の場合、およそ精神障害者と認められる限り、それを根拠として強制入院は許されると考えられてきたといつても過言ではないのです。

しかし、精神障害者に病識がないとしても、その状態において、彼の健康上の利益について判断し処分する能力が認められる以上、入院を拒否する能力も認めるべきであるというのが同意原則の論理的帰結です。もっとも、ここで注意しておかなければならないのは、一般の医療の場合でも、およそ拒絶意思が認められる以上医療侵襲は禁止されるわけではないということです。医師は、専門家として、患者に対する後見人的な立場にあるのですから、例えば、「手術を受けるのなら死んだ方がましだ」と言っただけで拒絶意思があったと認めてはならないのでありまして、拒絶意思を認めるためには、治療を拒絶することによって受ける不利益を、積極的に受け入れる意思が存在していなければならぬとされるゆえんです。

そうしますと、精神医療の場合、患者が入院を拒否しているというだけで、入院させずに放置しておくことは妥当でなく、いったん患者を引き受けた以上は、その後見的な立場から、入院することによって生ずる治療効果と、入院を拒否することの不利益を説明・説得し、入院が明らかに本人の利益になると認められるときは、ある程度、本人が抵抗しても拒絶意思を認めず、入院させるように努力すべきです。

三 強制入院の正当化根拠 既に明らかであり、また、アメリカの連邦最高裁が申しましたように、精神障害者は、精神障害という理由だけで入院を強制されてはならないのです。そして、このことは、アメリカで主張されているようなポリス・パワーの考え方によるリーガル・モデルに従わなくても、まさに、医療の原則である患者の自己決定権から十分に根拠が与えられる、これが私の主張したいところであります。

すなわち、精神保健法は精神障害者に十分な医療を与える制度を設けるための法、すなわち医療法でありまして、その医療を受けるかどうかは、先ず患者自身が決定すべき事項であることを認めるべきである。したがって、任意入

院が原則であるのは当然ではないか。なるほど、精神医療の場合には、患者は病識を欠き、入院の必要性を理解できない場合が多く、その場合には、患者の自己決定は期待できないのですから、保護義務者や公権力に同意の代行を認めて、強制的に入院させるべきであります。この場合でも、患者が病識を欠き、あるいは判断能力を欠いているという理由だけで強制入院が正当化されるわけではないと思うのです。強制入院は、自由の剝奪という、人間の尊厳を傷つける重大な利益侵害を伴っても、患者の治療にとって明らかに有益であり、本人が正常な判断力を取り戻せば、入院に同意したであろうといえて、初めて正当性を獲得できると思うのでありまして、任意入院の原則化ということ、単に、強制入院の医療上の弊害を少なくするというだけでなく、強制入院の在り方そのものにも係る、重大な変革をもたらすものと考え次第です。

このように申しますと、医療・保護のために強制入院させたり、あるいは措置入院させるケースは非常に少ないのではないか、そして、患者の同意が得られないために、任意入院も不可能となり、結局は、アメリカやイタリアで問題となっているような精神障害者のストリート・ピープル化現象を生み、精神障害者から治療の機会を奪うことになるのではないかという懸念をお持ちになられるであろうと思います。特に、指定医の先生方としては、皆さんの診断が患者の人身の拘束、行動の制限を決定づけるのですから、その悩みは深刻であろうと想像します。しかし、現在の精神医学の水準からみて、精神障害のために病識を欠き、適切な自己決定ができないと認められ、しかも、医療・保護にとって入院や行動制限が必要であり相当と認められる限り、医師は、その後見的な立場から強制入院を実施すべきであって、法二二条の二が「精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」としているのは、今述べたような趣旨を含むものと思うのです。しかし、およそ人身

を拘束するものである以上は、憲法三一条の定める適正な手続によるべきであり、しかも、その拘束が適正に行われているかどうか第三者によって審理されなければならないことはいうまでもありません。新法は、告知制度や精神医療審査会制度を設けて、ともかくも人権の保護を図ろうとしているのでありまして、今回の改正については様々な批判がありえますけれども、国会において政党間の対立を越えて超党派的に制定された新法を、まずは、誠実に遵守することが重要であると思う次第であります。

五 おわりに

以上、任意入院を中心に、法律家から見た精神医療についてお話しをさせていただきましたが、先生方との間に考え方の大きな距離があるものと恐れます。しかし、先生方は、これから好むと好まざるとにかかわらず、患者の人権問題に正面から対処しながら医療に従事しなければならないわけでありまして、私の話が、その際の問題解決の一つの参考になれば誠に幸いです。

（本稿は、昭和六三年十一月一七日に開催された京都府衛生部主催の精神保健研修会における基調講演に加筆したものである。）