

日本における精神医療制度の改正

——精神衛生法から精神保健法へ——

大 谷 實

目 次

はじめに

- 一 精神衛生法成立の背景とその特徴
- 二 精神衛生法に対する批判
- 三 精神保健法の内容
- 四 一九九三年改正と今後の課題

はじめに

精神医療制度ないしその立法化の目的・理念につきましても、ポリス・パワーを基礎としたリーガル・モデル、パ
レンス・パトリーを基礎としたメディカル・モデルなど、種々の考え方あるいは見解があるところではありますが、私

は、精神医療法制の目的は、精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を行い、精神障害者の社会復帰を促進してノーマリゼーションを図ることを目的とすべきであるとする立場、すなわち医療保護を中心としながら、それを実施するに当たって、不当に人権を侵害することのないように、人権の保護を考慮すべきであると考えております。要するに、メデイカル・モデルに立脚しながら、人権擁護を図るために、医療保護を実施するうえで支障のない限り法の適正手続きを導入すべきであるという立場を採るべきであると考えられるわけです。そこで、今日は、今述べてきたような観点から、一九五〇年の精神衛生法の成立及び一九八八年の精神保健法による改革の流れをたどり、併せて一九九三年の精神保健法の改正について考察し、日本における精神医療法制の今後の展開について私の見解を述べてみたいと思います。

一 精神衛生法成立の背景と特徴

(1) 日本の精神保健行政の端緒は、一九〇〇年に制定された精神病院監護法でありまして、この法律によって、国は初めて精神障害者を保健行政の対象に致しました。それまで、精神病者は必要に応じて私宅に監置（拘禁）されていたのでありますが、精神病院監護法は、親族の中から後見人、配偶者、四親等内の親戚、戸主の順位で監護義務者を指定し、警察を通じて行政庁の許可を受けるなど、法律の定める手続きをふんで私宅ないし精神病院に監置する制度を設けて、不当な私宅監置を排除しようとしたのでありまして、この法律を通じまして、我が国における精神病者の保護は、大きな進歩を遂げたことは確かであります。しかし、この法律は、もともと、不法監禁の防止と社会防衛

の二つの目的から制定されたもので、公共の危険を理由に精神病者の拘禁を認めるものであり、その医療保護という観点はほとんど考慮されなかったものでありまして、当時の記録によりますと、「精神病者の私宅に監置される者に至りては、囚人以下の冷遇を受けるもの」であつたし、精神病院に監置された者は、「栄養不良を以つて餓死する者決して少なからず」とさえ言われています。そして、この法律は、精神障害者を治安対策の対象とのみ考える、当時の世論の風潮を更に助長したという指摘もあるところです。

(2) このように、我が国の精神保健行政は、不当な私宅監置からの精神病者の保護と社会防衛という観点から出発したのですが、精神病患者監護法によつて私宅監置制度は完全に定着し、精神障害者の医療保護の要請は無視されることとなつたのであります。そして、やがて啓蒙的な精神医学者などによる実態調査によつて、治療なき私宅監置制度下における精神病患者の悲惨な実態が浮き彫りにされ、政府も精神病患者の医療保護の必要性を自覚するようになり、かくして制定されたのが、一九一九年の精神病院法です。

この法律は、精神病患者の拘禁を目的とするのではなく、入院治療による精神障害者の「救済を主眼」とし、政府は、その目的のために都道府県に精神病院の設置を命ずることができるとしたもので、精神病院を公立のものにしようとする画期的なものでありましたが、この計画は、第一次世界大戦後の経済恐慌のために失敗し、わずかに五つの病院が設立されたにすぎなかつたのであります。その代わり、公立病院を補充するものとして法律上認められた民間病院が設立され、一九三五年には、我が国精神病院の実に八四パーセントの病床が民間病院によつて占められたのであります。民間病院に依存した精神医療という我が国独特の伝統は、この時に端を発するのでありまして、今日、我が国

には約一、六五〇の施設数、三五万五、〇〇〇床の病床があるのですが、そのうち民間病院は、施設の割合にして実に約八二パーセント、病床数の割合では八九パーセントというように、民間病院が精神医療の大部分を担っているの
であります。

(3) こうした状況の中、我が国は一九四五年の終戦を迎えることになるのですが、多くの精神障害者が食料・物資不足のために餓死するという事態が生じ、一九四七年には早くも法改正の気運が高まり、一九五〇年に精神衛生法が制定されることとなります。この法律は、それまでの精神病患者監護法及び精神病院法を廃止し、「精神病、精神薄弱、精神病質などの精神障害者の医療及び保護の方法を改善し、更にこれらの発生を予防するための施策を講ずること」を目的とするものでありまして、要するに、私宅監置を禁止するなど精神障害者の医療及び保護の方法の改善を主たる目的とするものであります。この法律については、精神病患者監護法の社会防衛的性格を受け継いだ、治安法的性格を有するものであるとの見解もありますが、この法律の特色を一言で申しますれば、措置入院、同意入院などの強制入院を制度化し、これらの入院医療を通じて、精神障害者の医療保護を図ろうとする、医療モデルに立脚した典型的な精神医療法ということができます。すなわち、診察の結果、二人以上の精神衛生鑑定医が「自らを傷つけ、他人を害するおそれ」があると判断したときは、知事の権限で強制的に入院をさせることができるという措置入院を認める一方、精神病院の管理者が入院の必要があると診断した場合において、保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくても入院させることができるという同意入院を制度化し、患者を精神病院に容易に入院させることができるようにすることによって、精神障害者の医療保護を図ろうとしました。

一一 精神衛生法に対する批判

(1) 精神衛生法がもたらした入院中心の精神医療体制は、精神障害者の医療保護に一定の改善をもたらしたことは明らかであります。しかし、一九六〇年代に入りますと、国の社会防衛政策、核家族化に伴う家族ないし社会の要求、そして民間病院の経営上の必要などが重なり、安易な入院と入院期間の長期化が一般的となり、精神医療関係者の間で、次第に施設隔離政策に基づく治療体制が反省されることとなります。精神障害者の早期発見、早期治療、社会復帰、アフター・ケアという一貫した医療体系を確立し、強制入院中心主義から自由入院の拡大、社会内における治療すなわち地域精神医療体制の確立が叫ばれるようになったのであります。こうして、我が国でも、「施設内医療から社会復帰を中心とした地域精神医療への転換」が主張され、一九六〇年代に入りますと、こうした新しい理念に基づく法改正の展望が開けようとしていたのです。

精神衛生法の抜本的な改正が準備されつつありましたさなか、一九六四年三月にアメリカのライシャワー駐日大使が精神病院入院歴のある青年に刃物で切りつけられるという、ライシャワー大使刺傷事件が発生したのです。この事件を契機としまして、政府関係者から主として社会防衛強化の観点からの精神衛生法改正が要望され、また、刑法改正問題に関連して、危険な精神障害者に対する保安処分の新設が提案されたことから、これを契機として、精神衛生法下の隔離収容主義と社会防衛的な精神医療政策が正面から批判されるようになりました。更に、一九七〇年代に入りますと、それまで余り問題とされることのなかった精神衛生法に内在している人権上の問題が、本格的に論じられ

るようになりました。

その主役は、もちろん精神医療関係者でありましたが、その背景には、この時代によく国民の間に人権意識が定着し、精神障害者を含め障害者の人権と福利を考えようとする風潮の芽生えがあったことを指摘することができま
す。かくして、法律家も精神障害者の拘禁による医療の人権侵害性を問題とするようになった次第でありまして、私
自身もその時期に精神衛生法改正の必要性を提唱した一人ではありますが、とりわけ、①措置入院、同意入院など強制
入院の手続的な保障が欠けていたこと、②病院内の治療及び行動制限について患者の人権保護が全く欠落していたこ
となど、人権保護の観点からの法改正は焦眉の急を要する課題であることを指摘した次第です。

(2) このようにして、一九七〇年代の中頃には、精神障害者の人権保護のために、精神衛生法の改正がどうしても
必要であるという見解が、精神医学界及び法学界から一段と強く主張されたのでありますが、政府及び国会におき
ましては、法改正の動きはほとんど見られず、法制度上の大きな改革は、周知のように、一九八四年の精神病院不祥
事件とそれに関連した国際的な圧力をめぐる精神衛生法改正の動きまで待たなければなりませんでした。

すなわち、一九八四年三月に、国会関係者などの調査によって、宇都宮病院において看護職員の暴行により入院患
者二名を死亡させたことが明らかにされました。それだけでなく、この病院には、医療スタッフの不足、患者の過剰
収容、無資格診療、無許可解剖、入院患者の預かり金流用など多くの問題があることが明らかになり、いわゆる宇都
宮精神病院不祥事件が、大きな社会問題となったのです。そして、この事件は、外国の皆さんも御存じのよう
に、国内問題にとどまらず国際的な関心事となり、国際法律家委員会や国際保健専門職委員会などから、日本の精神

医療は時代後れしたものであり、精神障害者の人権は全く保障されていないと批判され、①精神衛生法の改正、②精神保健のサービスの改善、③精神保健分野の教育及びトレーニングの改善を図るよう勧告を受けたのであります。

このような国際的な批判は、日本の政府を動かす大きな原動力となったのでありまして、厚生省は、入院患者の人権保護を図るために、患者の行動制限に関して、「通信・面会に関するガイドライン」を作成して都道府県に通知するとともに、精神衛生法改正の準備に取りかかったのであります。こうして、一九八五年に、厚生省は精神病院協会や日本弁護士連合会など関係二一団体に対して精神衛生法の改正に関する意見を求め、更に、厚生大臣は、「精神保健の基本問題に関する懇談会」を設置し、私もそのメンバーの一人であったのですが、ここでは同意入院制度、精神障害者の社会復帰、入院患者の行動制限、入退院手続きについて検討したのです。これと並行して、厚生大臣の諮問機関である公衆衛生審議会も法改正に向けて審議を開始し、「精神衛生法改正の基本的な方向について」という報告書を発表し、精神衛生法改正の機は熟しました。一九九七年二月に、厚生大臣は、公衆衛生審議会に法律案の要綱を諮問し、同審議会は、国民自らが精神保健の増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、精神障害者の社会復帰の援助・協力を努める旨の規定の新設などの要望を添えて、要綱を了承し、かくして、「精神衛生法等の一部を改正する法律案」が昭和六二年代一〇九国会に提出され、一部修正のうえ同年九月一八日に国会で満場一致により可決・成立し、精神衛生法は精神保健法となった次第です。そして、この法律は、翌年七月一日から施行されました。

三 精神保健法の内容

(1) 精神保健法は、主に、二つの目的に基づいて制定されました。その一つは、精神医療の世界的な変化・動向に即して、入院中心の医療保護体制から地域中心の医療保護体制を確立することにあります。その二は、言うまでもなく患者の人権保護を強化することにあります。この点について政府は、法改正の主旨として、「精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を実施し、並びに精神障害者の社会復帰の促進を図るために、精神医療審査会の設置、精神保健指定医制度の導入、任意入院手続きに関する事項、精神障害者社会復帰施設に関する事項その他の事項」について、必要な改正をすると述べているところであります。

(2) このような観点から、新法は、第一に入院医療における人権の侵害を防止し、適正な医療を行うという観点から、①任意入院を原則とし、強制入院を可能な限り減らして患者の自己決定の尊重を図ること、②入院に際して、患者の権利等に関して患者に知らせる制度すなわち権利の告知制度を導入して、入院手続きの適正化を図ること、③精神保健指定医制度を導入し、その診断のもとに医療及び保護を行うことによって、医療の適正化を図り、それを通じて不当入院や不当な処遇を排除し、人権侵害を防止すること、④入院患者の処遇基準制度を導入して、人身の自由に対する侵害の予防を図ること、これらを条文に盛り込んだ改正を行ったのであります。

(3) 第二に、入院患者の人権救済制度を新たに導入しておりますが、その中心は、精神医療審査会制度の新設であります。すでに述べましたように、旧法の最も大きな欠陥は、患者の人権救済に関する規定ことに強制入院及び行動

制限についての審査及び救済制度がなかった点にあります。そこで、新法は、一種の第三者機関である精神医療審査会を設置してこの欠陥を補い、人権保護を図ったのであります。審査機関の性格については、裁判所をこれに当てべきであるという考え方が国際的には有力のようではありますが、我が国の精神医療審査会は、委員五名のうち医療委員が三名、法律家委員一名、一般有識者委員一名という構成であり、しかも、知事が任命することになっているのですから、司法機関でないことは勿論でありまして、むしろ行政委員会としての性格を有する機関といつてよいと思います。

すでに述べましたように、我が国の精神保健法は、メディカル・モデルに立脚する法律と考えられますから、このような審査機関とすることは当然といつてよいと思います。もともと、精神医療における強制は、精神障害のために病識を欠き、精神医療を受けるといふ患者自身の利益を自ら選択できない精神障害者に対し、国が保護者的な立場にたつて医療保護を加え、患者の福利を図るといふ点で正当化されるのでありますから、入院や行動制限の当・不当ないし適法・違法は、それらの措置が医療保護にとって必要か否かといふ医療保護的観点にたつて判断すべきであります。言い換えますと、厳格な司法的手続きによつて入院ないし行動制限の要否を裁判官が判断するよりは、医療・保護を中心とする立場から、当該の入院ないし処遇が、医療技術として妥当なものかどうかといふことを基準にして、公平かつ迅速に審査が行われる方が適当であるといふべきでありまして、いたずらに司法手続きを強調するのは妥当でないと思います。

他方、精神医療審査会は知事が任命する委員で構成されるのですから、独立性を有しないのではないかという批判

もあります。しかし、法改正後の過去五年間の経験から、独立性に対する疑問は全くなかったといつてよく、私も委員の経験がありますけれども、知事ないし行政の圧力で審査会の審査が影響を受けたことはないと言言できます。このようにいたしましたして、精神医療審査会は、精神病院に入院中の者またはその保護者の退院請求ないし処遇改善請求を審査し、審査の結果を知事に通知し、知事は審査結果に応じて必要な措置を講ずることとなっております。ちなみに、精神医療審査会は、実際の運用上行政権力からは独立してはいますが、医療委員の多くは民間病院の経営者であり、そのため、民間病院から独立していないという見解もあるようであり、その観点から医療委員の数を減らすべきではないかという意見もあるようですが、私はメデイカル・モデルに立脚する以上は医療委員が過半数を占めるのが当然であると考へておりまして、問題は、むしろ病院の管理者を委員に任命しているといった、法の運用の点にあると思います。

ともあれ新法は、精神病院の管理者に対し、入院についての届出、入院患者に関する定期の報告を命じ、精神医療審査会はそれにつき入院の必要の有無、治療法などにつき審査し、知事に報告することにしておりまして、これらの定期的な報告によって人権侵害の防止を図っている次第であります。ちなみに、精神医療審査会の手続きは、裁判所の判断を排除するものだといった批判を耳にすることがありますが、断じてそのようなことがないことに注意して頂きたいと思ひます。行政事件訴訟法という法律は、行政庁の処分について裁判所で取り消しなどを求める場合の手続きを定めているものでありますが、たとえば、措置入院に不服がある者は、知事を相手に措置入院という処分の取り消しを求める訴訟を起こすことができるのです。もっとも、この法律によって救済がなされた事件は、今のところは

ありません。

(4) 第三は、精神障害者の社会復帰を促進するために、精神障害者社会復帰施設の整備を図ろうとする点にあります。社会復帰促進事業の必要性は、すでに一九六〇年代から自覚されていたのですが、その整備は遅々として進みませんでした。そこで、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するために、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設の設置を定め、その設置及び運営の経費を国及び都道府県が補助するものとしたのです。

四 一九九三年の改正

(1) 以上が精神保健法において改正されました主な点ですが、この法律が成立する際に、五年後に見直すという「見直し」規定が設けられ、その見直し作業の一環として、精神保健医療研究事業が厚生省において試みられ、これらの論議を踏まえ、本年六月に精神保健法の一部改正が行われた次第であります。改正点をかいつまんで申しますと、まず、社会復帰促進事業の推進のための改正といたしましては、三点の改正がありました。

第一に、精神障害者の社会復帰を促進するため、「医療施設もしくは社会復帰の設置者または地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、またはその事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民の理解と協力を得るよう努めなければならない」(二条の二第一項)と定める規定が設けられました。また、社会復帰の一層の促進のためには、関係機関の連携強化が不可欠であるところから、「国、地方公共団体、医療施設または社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者

の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」(二条の二第二項)とされたのであります。

第二に、これも社会復帰促進事業の一環として定められたのですが、精神障害者地域生活援助事業として、地域生活を営むことが可能な精神障害者を対象として、その社会復帰を促進する観点から、世話人を配置し、食事の提供、日常生活上の相談や援助等のサービスを提供する事業がなされることになっていましたが、今回の改正では、これまでの社会復帰施設と同様に、その設置主体を地方公共団体や社会福祉法人等の非営利法人とすることを明確にし、またうえて、国及び都道府県の補助規定を盛り込んだのであります。

第三に、精神障害者の訓練や指導などのノウハウの研究開発及び地域住民の理解を得るための啓発活動の促進を目的として、厚生大臣の指定法人として精神障害者社会復帰センターが創設されることになりました(五一条の二)。このように、精神障害者の社会復帰を促進するための各種啓発活動を実施するほかに、社会復帰施設における訓練・指導等のノウハウの研究開発、職員等を対象とした研修の実施、全国のモデル事業の実施を推進することが定められたのであります。要するに、社会復帰の一層の促進が図られたのであります。

精神障害者の定義に關しまして、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」(三条)と改めまして、従来の規定では対象範囲が狭く解される虞があるところから、精神疾患を有する者を包括的に捉えるための改正が試みられたのであります。これは従来の用語を精神医学上の用語に合わせたものであります。特に精神保健法の対象範囲を広げる趣旨ではないと説明されております。

保護義務者制度に關しまして、その高齢化や低所得のために保護義務を尽くすことができないことが問題となってきましたところから、今回の改正では保護義務者の義務の緩和を図る改正が行われました。そして、入院措置が解除された精神障害者を引き取る保護義務につきましては、当該精神病院の管理者または社会復帰施設の長に対して、精神障害者の社会復帰の促進に關し、相談し、援助を求めることができるという権利規定を設け、保護義務者の義務的性格を除去するために「保護者」と改めたのです。

最後に、仮入院制度について、これまで三週間の入院期間であったものを一週間に短縮する改正、資格制限に関する改正などがなされたことを指摘しておきたいと思いますが、ともあれ、今回は抜本的な改正をしないで、むしろ精神障害者の社会復帰の一層の促進を図り、「精神病院から地域社会へ」というように、医療保護の流れを変えることを目標とする改正が試みられておりました。要するに、精神保健法の立法趣旨を一層徹底し、地域医療保護体制確立のための改正が試みられたといつてよからうと思います。

(2) 精神保健法の定める精神医療制度につきましては、国連人権規則の基準からみて、措置入院の審査、精神医療審査会の性格及び審査手続き、インホームド・コンセントなどの点で不十分であるという評価が下され、そうした観点からの改正も問題となりうると思います。また、法改正後も精神病院内での不祥事件が発生しており、新たに導入された人権救済制度は十分に機能していないという評価も、否定できないところでもあります。更に、社会復帰対策及び地域医療体制の確立につきましても、ようやくその端緒を開いたばかりで、目立った成果を上げていないのも事実であります。しかし、ここから、ただちに精神保健法が精神医療制度の改革に無力であると極付けるのは、妥当でな

いと思います。

第一に、人権保護について言いますと、確かに新法下でも病院内の患者暴行事件などが問題となっておりますが、それは精神保健法の欠陥が原因となつていゝるものではなく、むしろ病院の管理・監督の不備が原因と言ふべきであります。また、病院内の人権問題について言えば、精神保健法の趣旨を正しく実施してゐる病院においてはほとんど問題は生じないのであります、一部の悪質な民間病院が不祥事件の温床であることにかんがみますと、民間病院に対する管理・監督こそ重要であると考えらる次第です。かくして問題は、精神保健法そのものではなく、医療施設に対し、いかにして精神保健法の遵守を徹底させるかにあるといつてよいのであります。すでに述べましたように、我が国の精神医療の担い手は民間病院であり、法を徹底させるには、行政的な粘り強い指導・努力と、法の趣旨の浸透のための時間が必要となるのであります。

第二に、精神保健法下においても、依然として長期在院の患者がいるばかりでなく、任意入院を原則とするといつても、その実質は強制入院ではないかといつた疑問もあります。その意味から国連人権規則に則つたデュー・プロセスの確立を図るべきであるといふ主張も見られるところであり、任意入院については、その同意能力の審査方法など、検討すべき課題があるといふものの、しかし、国連人権規則の定めるように、「切迫した」自傷他害の虞と並んで「深刻な病状の悪化」が見込まれる場合にしか入院を認めないといふのでは、余りにも医療保護を遅らせてしまふのではないか。いわゆるリーガル・モデルに立脚したアメリカの政策が、精神障害者の治療を遅らせ、精神障害者をホームレスに追い込み、また、刑務所の中の精神障害者の割合の膨張を招きつつあることは、本日、南カリフォル

ニア大学のラム教授がご指摘になられたところでありまして、私たちは、アメリカの過ちを繰り返してはならないのです。

もちろん、アメリカの政策が精神障害者の人権保護に果たした意義は大きいものがありますし、世界の精神病院に光を当てたことも事実です。しかし、真の人権保護は、単に自由を保護することにとどまらないはずです。私には、精神医療制度の特質は、精神障害のため適切な自己決定ができない患者について、その自己決定を補い、国や社会が後見的な立場にたつて医療保護を加えるところにあると考えます。これをもう少し法律論的に申しますと、日本の憲法二五条は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めて国民の健康権を保障するとともに、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めているのでありまして、社会的適応能力を十分に有しない精神障害者に対しては、その健康権を保障し福祉を図る見地から、必要最小限の強制に基づき医療保護を加えることは必要でありまして、このことはまた、憲法一三条の定める個人の尊重および幸福追求権に即するものと考えます。

憲法一三条は、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」を規定し、自己決定権を含む包括的基本的人権を保障するのでありますが、精神障害のために適切な自己決定ができないと認められ、しかも医療保護が必要な精神障害者に対し、国がその自己決定を補い、後見的な立場にたつて医療保護を加えることは、かえって幸福追求権を保障するゆえんでもあると考える次第であります。このように考えてみますと、身体・行動の自由を尊重しながら、精神医学の観点からみた医療保護の必要性ということを優先すべきでありまして、いたずらに自由権を重視して患者の医

療保護を軽視するのは、妥当でないと考えられます。

第三は、精神医療の究極の目標は、地域に根ざした精神医療を実施しながら、精神障害者を社会に復帰させることにあるのですから、何よりもまず、社会が障害者を受け入れるのでなければなりません。我が国では、その歴史から明らかなように、精神障害者は社会から隔離されていたため、精神障害者を受け入れ、ともに生活し幸福を追求していくという伝統そのものが十分に社会に育っていないという点が最大の問題であります。地域に根ざした精神医療体制が確立して、初めて本当の意味での病院の改革が実現するのであります。精神保健法の最も重要な点は、実は地域精神医療体制の確立にあるといってもよいほどであります。

以上を要約すると、精神保健法の今後の課題は、精神障害者の幸福追求権を保障するという観点から、精神医療を確保し、精神障害者の社会復帰を促進することを最重要課題として社会の受け入れ態勢を整備することが必要であり、そのために官民一体となった活動を展開していくことが期待されるということであります。

（本稿は、平成五年一月一八日 アルカディア市ヶ谷で開催された、東京都精神医学総合研究所・第八回国際シンポジウム「精神医学における法と倫理」における講演に加筆・訂正を加えたものである）