

精神障害者の人権と法

——行動制限（身体拘束と隔離）を中心にして——

川 本 哲 郎

- I はじめに
- II 行動制限—身体拘束と隔離
- III 強制治療の原理
 - (1) 強制治療の正当化
 - (2) 必要最小限の原則
- IV 人権の保護—精神医療審査会
- V 今後の課題

I はじめに

精神医療における行動制限（身体拘束）が問題となったのは、2017年5月に、日本の小中学校で英語を教えていたニュージーランドの男性が精神病院で身体拘束を受けている間に亡くなるという事件が起きたことが契機となっている¹⁾。その後、この男性の遺族は、日本の医療関係者、弁護士、患者らとともに、「精神科医療の身体拘束を考える会」を設立した²⁾。さらに、NPO法人の実施したアンケート調査の結果、精神科病院に入院中に身体拘束を受けた者のうち、2割以上が、拘束中に医療者による見守りや診察を受けなかったということが、判明した³⁾。そして、精神障害者の4人に1人が入院時

1) 2017年8月25日読賣新聞。

2) 2017年7月20日読賣新聞。朝日新聞の特集「身体拘束」（2017年11月19日、26日、12月3日、10日）参照。

3) 毎日新聞2017年12月5日、地域精神保健福祉機構のホームページ（https://www.combo.net/?page_id=15538）参照。

に身体拘束を経験したという調査結果も報告されている。それによれば、入院した際の隔離室の利用については、「わからない」と回答したもの（全体の4.7%）を除くと70.0%が「ある」と回答し、身体拘束については、34.1%が「ある」と回答した。そして、身体拘束の期間については、「48時間以上」が30.9%、「24時間以上48時間以内」が17.0%、「24時間以内」が23.5%となっていた⁴⁾。

精神障害者を保護者が監禁していた事件も発生した。2017年には大阪府寝屋川市で、統合失調症と診断された子供を監禁して衰弱死させた両親が、監禁罪と保護責任者遺棄致死罪で起訴された⁵⁾。2018年には兵庫県三田市で、精神障害の子供を20年以上に亘って自宅隣のプレハブ内の檻に閉じ込めていた父親が監禁罪で有罪とされた。判決では、この監禁行為は、被害者の「尊厳を著しく蔑ろにするものであって到底容認できない」として、懲役1年6月執行猶予3年が言い渡された⁶⁾。このように、不当に身体を拘束することは、逮捕監禁罪を構成する。刑法220条は、「不法に人を逮捕し、又は監禁した者は、3月以上7年以下の懲役に処する」と定めており、監禁は、「制裁や懲罰あるいは見せしめなどの目的で」行うのが、その代表例であるが⁷⁾、上記のような例も存在することが明らかとなった。また、監禁罪は故意犯であるから、身体拘束の認識が必要であるが、「不法に」行うという意識は不要である⁸⁾。さらに、被害者の同意が存在するときは、違法性が阻却されるが、被害者の同意は真意に基づくものかどうかが問われる場合がある。とくに、子供や精神障害者、認知症の高齢者などについては、真意の判定が困難なときがあるので、慎重な検討が必要である。

2018年には、摂食障害で77日間身体を拘束された事例や、入院直後から身

4) 読賣新聞2018年6月16日、全国精神保健福祉社会連合会のホームページ (<https://seishinhoken.jp>) 参照。

5) 朝日新聞2018年1月25日。

6) 神戸地判平成30年6月27日 LEX/DB25560876。

7) 大谷實「新版 精神保健福祉法講義 [第3版]」(2017年) 114頁。

8) 大谷實「刑法講義各論 新版第4版補訂版」(2015年) 81頁。

体拘束され、8日目に拘束を解かれた後に心肺停止となり、肺血栓塞栓症（エコノミークラス症候群）で死亡した事例などについて、遺族が損害賠償を求めて提訴するという動きが見られた⁹⁾。

外国においても、イギリスでは、認知症の患者についてであるが、問題の多い手段で抑制されていることが、調査によって判明し、報道されている。具体的な例としては、ベッドの手すりを上げたり、シーツを体に密着させて移動性を減少させることや、歩行補助器を手の届かないところに置いたり、鎮痛剤を与えたりして起きられないようにすることなどによって、患者の移動を制限することが挙げられている。そして、このような抑制のために、患者にはストレスがかかったり、病状が悪化したりすることがある、とされている¹⁰⁾。

なお、強制治療としては、精神保健福祉法の措置入院と医療保護入院という強制入院がある。措置入院は、「医療および保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」場合に行われるものであり（29条）、医療保護入院は、医療および保護のために入院の必要があると認められたときは、家族等のうちいずれかの者の同意があれば、患者本人の同意がなくても入院させることができるものである（33条）。さらに、2003年に成立した心神喪失者等医療観察法の指定医療機関への通院と入院処分がある。2015年6月末の措置入院患者は1,515人、医療保護入院患者は127,599人であり、医療観察法の指定病院の病床数は833である¹¹⁾。そこで、以下では、これらの強制入院中のものを中心とした「行動制限—身体拘束と隔離—」の現状と課題を見た後で、精神障害者の人権、強制医療の正当化について検討することとする。

9) 朝日新聞2018年5月15日、8月18日。

10) The Observer, 2018.4.21.

11) 「我が国の精神保健福祉 平成29年版」191-193頁。医療観察法については、厚生労働省のホームページ参照。

II 行動制限—身体拘束と隔離

身体拘束や隔離などは、行動制限と呼ばれ、精神保健福祉法36条1項は、「入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と規定している。そして、本条の解説では、「患者の病状又は状態像に応じて合理的と認められる必要最小限の範囲内で行われる必要がある。行動制限を行うに当たっては、患者にできる限り説明した上で制限を行うよう努めるとともに、病状又は状態像に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならない」とされている¹²⁾。

昭和63年の厚生省告示によれば、隔離とは、「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る」¹³⁾。隔離の目的は、「患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ること」であり、対象となるのは、以下のような場合に該当すると認められる患者である。すなわち、①他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合、②自殺企図又は自傷行為が切迫している場合、③他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合、④急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合、⑤身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔

12) 精神保健福祉研究会監修「四訂精神保健福祉法詳解」(2016年)402頁。本書は以下では詳解と略記する。

13) 昭和63年4月8日厚生省告示129号(詳解403頁)。

離が必要な場合、である¹⁴⁾。

また、厚生省の告示は、行動制限について、以下のように定めている。まず、身体的拘束とは、「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」¹⁵⁾ のことであり、身体拘束の対象となるのは、以下のような場合に該当すると認められる患者である。すなわち、①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、②多動又は不穏が顕著である場合、③その他、精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合、である。そして、身体的拘束は、それ以外によい代替方法がない場合に行われる¹⁶⁾。

精神科閉鎖病棟の場合は、入院患者の衛生管理能力が低いことがあるので、タバコや飲食物を共有することも散見される。また、病気のために、自覚症状を的確に表現することが難しく、意思の疎通が困難であることから、行動制限への協力が得られにくいという事態も生じる¹⁷⁾。具体的な例としては、患者が、「便を壁に塗りたくるあるいは便器内の水を飲むなどの著しい不潔行為」をすることがあり、これに対して、「本人が様々な感染症に罹患する危険性、病棟内の衛生の著しい低下による院内感染」を防止するために、身体拘束を行ったというものがある。このような行為について、裁判所は、上述の告示に従って、「(便を周囲に塗りたくるなどの) 器物破損行為等は、隔離の理由とはなり得ても、原則として拘束の理由とはならない」とした¹⁸⁾。これに対して、医療側からは、「医学の常識からみれば、自他への感染の危険といった科学的視点の欠落した判決」として、厳しい批判が示されているところである¹⁹⁾。

14) 昭和63年4月8日厚生省告示130号(詳解409頁)。

15) 昭和63年4月8日厚生省告示129号(詳解403-404頁)。

16) 昭和63年4月8日厚生省告示130号(詳解411頁)。

17) 拙稿「新型インフルエンザと精神科病院・刑事施設などの閉鎖処遇」産大法学45巻1号(2011年)12頁参照。

18) 岐阜地判平成16年7月28日LEX/DB28092383。

19) 日本総合病院精神医学会 教育・研究委員会編「身体拘束・隔離の指針」(2007年)8頁。

介護保険施設でも身体拘束は行われるが、例外とされている。2011年に制定された障害者虐待防止法は、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」(2条6項)を虐待のひとつとしており、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者施設等の人員、設備及び運営に関する基準」等では、「緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行ってはならない」とされている。そして、「緊急やむを得ない場合」について、厚生労働省の「障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」²⁰⁾は、同省が2001年に作成した「身体的拘束ゼロへの手引き」²¹⁾が提示した要件に沿って検討することを示している。すなわち、介護保険指定基準上、「緊急やむを得ない場合の対応」として認められる身体拘束については、以下の3つの要件を満たすことが要求される。①切迫性(利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い)、②非代替性(他に代替する介護方法がない)、③一時性(行動制限が一時的なものである)である。また、一般医療についても、同様のことが認められている。最高裁判所は、一般病院における身体拘束について、①ベッドから転落して重大な傷害を負う危険性が極めて高かったこと、②他に適切な代替方法が存在しないこと、③患者の転倒やベッドからの転落を防止するための必要最小限のものであったことを認定して、抑制行為は、「緊急やむを得ず行った行為であって、診療契約上の義務に違反するものではなく、不法行為法上違法であるということもできない」としたのである²²⁾。

行動制限に間接的に関連するものとして、実際に、精神障害者の監視が問題となった著名な事例としては、第1に、北陽病院事件が挙げられる。これ

20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域生活支援推進室「障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」(2017年3月)24-25頁。

21) 厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」(2001年3月)22頁。なお、長谷川利夫「精神科医療の隔離・身体拘束」(2013年)41頁以下、大谷實「精神科医療の法と人権」(1995年)136頁以下参照。

22) 最判平成22年1月26日民集64巻1号219頁、判時2070号54頁、判タ1317号109頁。寺沢知子・判批「医事法判例百選第2版」(2014年)166頁参照。

は、1986年に、X 県立精神病院に措置入院中の統合失調症患者 A が、無断離院のおそれがあるにもかかわらず、通常の看護態勢で院外散歩に出たところ逃走し、その数日後に金員強取の目的で通行人を殺害したことについて、裁判所が、「X 病院の院長、担当医師、看護師らには院外散歩中に A が無断離院をして他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を尽くさなかった過失」があるとして、県に慰謝料など約 1 億2500万円の支払いを命じた、というものである²³⁾。ちなみに、この事件と判決は、患者の管理の問題性を病院関係者に明らかにすることになり、2003年に心神喪失者等医療観察法が制定される契機のひとつとなった²⁴⁾。第 2 は、JR 東海事件である。91歳の認知症の男性が、徘徊して列車にはねられた事故について、同居している家族が監督を怠ったことが原因であるとして、鉄道会社が家族の監督責任を問い、損害賠償を求めたところ、1 審と 2 審は損害賠償を認めたのに対して、最高裁判所は、それを破棄し、鉄道会社の損害賠償請求を棄却した。そして、家族が監督責任を負う立場にあるかどうかは、「その者自身の生活状況や心身の状況などととも、精神障害者との親族関係の有無・濃淡、同居の有無、その他の日常的な接触の程度、精神障害者の財産管理への関与の状況などその者と精神障害者との関わりの実情、精神障害者の心身の状況や日常生活における問題行動の有無・内容、これらに対応して行われている監護や介護の実態など諸般の事情を総合考慮して」判断すべきであるとした²⁵⁾。

その他にも、最近の事例では、情緒不安定性人格障害のため、措置入院中であつた者が身体拘束の試験解除中に縊死したことに対して、病院に損害賠償を求めた事案で、請求が棄却された例²⁶⁾があるが、他方では、認知症の患者が施設を抜け出して、低体温症により死亡した事件について、患者の動静を注視する義務を怠ったとして、施設の不法行為と債務不履行を認めたも

23) 最判平成 8 年 9 月 3 日判時1594号32頁。

24) 拙著「精神医療と犯罪者処遇」(2002年) 6 頁参照。

25) 最判平成28年 3 月 1 日民集70卷 3 号681頁、判時2299号32頁、判タ1425号126頁。

26) 東京地判平成28年 3 月25日 LEX/DB25535696。

の²⁷⁾、社会福祉法人の施設において、入所者の男性をうつぶせの状態で押さえつけて死亡させたことについて、施設職員の過失を認め、法人理事長には、入所者を制止する方法についての指導やマニュアルの整備を怠った過失があるとして、損害賠償請求を認めたもの²⁸⁾ などがある。

また、認知症患者については、医療の現場において、近年、「抑制しない看護」が注目されるようになっていた。身体抑制が、患者に「混乱と苦痛、興奮状態を生じさせ、回復に効果をもたらすものとは言えない」ということが明らかになってきたからである²⁹⁾。そして、「抑制がかえって大きな問題や障害を起こすことがあり、抑制せずに見守ることで患者の安全を脅かす事態は生じていない」とする見解も示されている³⁰⁾。そこで、このような意見を参考にして、精神医療全般の行動制限においても、最大限の行動の自由の確保を目指すべきであろう。

しかしながら、上記の諸事例を見ると、身体拘束によって、患者の自殺などの危害が防止できる事例が存在することも事実なのであるから、問題は、患者の人権を最大限に尊重しつつ、強制的な手段を用いることの当否を決定することであると思われる³¹⁾。今後、さらに事例を積み重ねて、妥当な基準を確立することが大きな課題であろう。そこで、以下では、その前提として、強制医療の正当化と必要最小限の原則について検討したい。

27) 福岡地判平成28年9月9日 LEX/DB25543801。

28) 大阪地判平成27年2月13日 LEX/DB25506068。その他の事例について、成瀬幸典・安田拓人・高田聡一郎編「判例プラクティス刑法Ⅱ各論」(2012年) 65-66頁(杉本一敏執筆)参照。

29) 小藤幹恵「患者の心と深く響き合うことが、看護の専門性を高める 看護部全体で取り組む『抑制しない看護』に向けたチャレンジ」看護管理27巻1号(2017年)27頁。

30) 嶋森好子「安全で質の高い看護を急性期病院で提供するために『抑制しない看護』を今こそ実現しよう」週刊医学界新聞3250号(2017年11月27日)3頁。また、看護展望42巻14号(2017年)の特集「身体拘束をしない看護の実現」、看護教育59巻6号(2018年)の特集「身体拘束から考える」など参照。

31) 中島直「拘束と実践」精神医療92号(2018年)48頁以下参照。

Ⅲ 強制治療の原理

(1) 強制治療の正当化

精神障害者の人権の制約が正当化される根拠については、ポリス・パワーとパレンス・パトリエが挙げられる。ポリス・パワーとは、患者が他人に危害を加える危険があるので、それを防止するために強制的に入院・治療を行うというものであり、パレンス・パトリエとは、患者本人が病気のため意思決定ができないので、患者のために、患者の意思に反しても強制的に治療を行うというものである。つまり、強制入院・治療による自由の制約根拠を、前者は、精神障害者の脅威ないし危険性を除去することに求め、後者は、精神障害者に対して医療保護を加える必要性に求めているのである。

精神障害者の処遇に関しては、リーガル・モデルとメディカル・モデルが存在する。リーガル・モデルとは、前述のポリス・パワーに基づくもので、医療の強制が認められるためには、法の適正手続が要求されると考える。これに対して、メディカル・モデルは、法の介入に対して謙抑的であり、医療的立場を重視する。前述のパレンス・パトリエと結びつく立場である。基本的には、後者が中心となるべきであるが、実際には、それにリーガル・モデルが加味されるという運用になっていると思われる。パレンス・パトリエとメディカル・モデルだけの場合は、患者の人権保障が不十分となる可能性が生じるからである。医療が患者のために行われるのは当然であるが、それ故に、治療行為に歯止めがかからないおそれがある。強制治療には、患者の自由を制約するという負の側面（不利益処分）があるという点を考慮に入れて、不服申立の制度等を設ける必要がある。後述するように、精神保健福祉法も、強制入院ないし行動制限の適否を審査する機関として精神医療審査会を設置することを定めているところである（12条以下）³²⁾。

32) 大谷實「新版精神保健福祉法講義 [第3版]」（2017年）44頁以下、町野朔「心神喪失者等医

(2) 必要最小限の原則

強制医療が認められるとしても、それは必要最小限度のものでなければならぬ。1991年に定められた国連の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための原則」は、原則9において、「すべての患者は、最も制限の少ない環境下で、かつ、患者の保健上の必要性と他の人の身体的安全の保護の必要性とに照らして、適切な、最も制限の少ない、あるいは最も侵襲的でない治療を受ける権利を有する」と規定している³³⁾。

また、1996年国際人権B規約（市民的及び政治的権利に関する国際規約）も、「何人も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、何人も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない」（7条）、「すべての者は、身体的自由及び安全についての権利を有する」（9条）と定めているし、2006年障害者権利条約は、「1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。(a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。(b) 不法又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。」(14条)としている³⁴⁾。

「強制医療は、あくまでも必要悪であり、最小限にとどめるべき³⁵⁾」であるのは当然のことであり、その点で、国連原則の「最小限度の措置の原則」

療観察法案と触法精神障害者の治療を受ける権利」町野朔＝中谷陽二＝山本輝之編「触法精神障害者の処遇 [増補版] (2006年)」237頁以下、山本輝之「措置入院制度の問題点について」立教法学97号 (2018年) 104頁以下、拙著「精神医療と犯罪者処遇」(2002年) 39頁以下、拙稿「精神医療」加藤良夫編著「実務医事法講義 [第2版]」(2014年) 334頁以下参照。

33) 斎藤正彦「『精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケアの改善のための原則』の概要とわが国の精神保健法」法と精神医療9号 (1995年) 16頁以下、拙稿「『精神疾患を有する者の保護のための原則』の下での国際人権擁護」法と精神医療9号 (1995年) 83頁以下参照。

34) 池原毅和「精神科における強制医療介入」精神神経学雑誌115巻7号 (2013年) 759頁以下参照。

35) 井原裕「うつ病から相模原事件まで」(2017年) 7頁、158頁参照。

が尊重されることの重要性を確認しておきたい。そして、そのことは、前述のように、精神保健福祉法の解釈として示されているのであるが、強制入院に関して、精神保健福祉法よりも後に成立した感染症予防法では、必要最小限の原則が条文に明記されている。同法は、その2条において、基本理念として、「国及び地方公共団体が講ずる施策は、・・・患者等・・・の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されること」を掲げ、そして、強制入院等の措置は、「感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならない」（22条の2）としているのである。

医療の立場からも、「身体拘束は基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げることが大きな問題」³⁶⁾であると指摘されており、「身体拘束の廃止に向けて重要であるのは、・・・対象者の状態やリスクに応じた丁寧な評価を行い、拘束を避けるためのケアの見直しを行ったうえで、その中で必要最小限の手段を選択することが必要である」³⁷⁾とされているところである。

厚生労働省も、2014年の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、「精神医療においても、インフォームドコンセントの理念に基づき、精神障害者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害者に対する適切な医療及び保護の観点から、精神障害者の同意なく入院が行われる場合においても、精神障害者の人権に最大限配慮した医療を提供すること」を基本的な考え方としているので、「必要最小限の原則」は織り込みずみのものと思われる³⁸⁾。

36) 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会「身体拘束予防ガイドライン」（2015年）1頁（<http://jnea.net/index.html>）。

37) 全日本病院協会「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書」（2016年）51頁（<https://www.ajha.or.jp>）。なお、日本総合病院精神医学会教育・研究委員会編・前掲書（註19）49頁以下参照。

38) 詳解475-476頁。

IV 人権の保護—精神医療審査会

強制医療が正当化され、最小限にとどめられるとしても、患者本人の意思に反する医療は不利益処分であるから、患者に対して、告知と聴聞を行い、不服申し立てを認めるという制度が必要になる。そこで、精神障害の場合は精神医療審査会が設けられている。

精神医療審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療および保護を確保するために、精神科病院に入院している精神障害者の処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うために設置されたものである。その委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者、精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者及び法律に関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事または指定都市の市長によって任命される。委員の任期は2年であり、審査会は、医療委員2名以上、法律委員1名以上、保健福祉委員1名以上、総数5名で構成される（精神保健福祉法13、14条）。

精神医療審査会の機能としては、①退院と処遇改善の請求を審査し請求の適否を判定する「裁定機能」と、②審査結果の通知に付帯意見を述べるなどの形で治療方針や治療内容に介入する「調整機能」、③書類審査を通じて非自発入院の適否を審査する「点検機能」があげられている³⁹⁾。

審査は、措置入院と医療保護入院の定期病状報告、退院・処遇改善請求、医療保護入院届について行われる⁴⁰⁾。2016年度の審査件数は、医療保護入院の定期病状報告が86,765件、措置入院の定期病状報告が1,774件、退院請求が2,777件、処遇改善請求が420件となっているが、他の入院形態への移行、退院または処遇改善が適当とされた者は、それぞれ、6件、3件、125件、26

39) 山崎敏雄ほか「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究（平成13年度厚生科学研究报告書）」（2002年）11頁。

40) 姜文江・辻川圭乃編「自由を奪われた精神障害者のための弁護士実務」（2017年）123頁以下参照。

件にとどまっている⁴¹⁾。

精神医療審査会の問題としては、第1に、審査会の独立性が挙げられる。国連原則17の①は、精神医療審査機関について、「①審査機関は、国内法によって設置された司法的、または他の独立かつ公正な機関であり、国内法で定められた手続にしたがって機能する」と規定している。我が国においても、第三者機関の設置を求める意見が表明されている⁴²⁾。

第2に、措置入院に関して、入院直後の審査制度が設けられていないのが批判されている。国連原則17の②も、「非自発的患者としての入院または退院制限の決定に関する審査機関の最初の審査は、その決定後、可及的すみやかに開催され、国内法で規定されている簡潔かつ迅速な手続に即して行われるものとする」と規定しているところである。また、審査の迅速性を確保するためには、eメールによる審査や、入院機関に出向いて審査を実施することなども検討されるべきであろう。

これ以外に、患者側の代理人の選任、情報開示などの問題も指摘されているし、自治体間で審査会の活動に格差のあることも問題となっている。退院ないし処遇改善の請求があった場合に行われる「患者の意見聴取」についても、地域間の格差が見られるのである。したがって、今後は、精神医療審査会の活性化を図るとともに、患者の人権保障がより一層確保されるようなシステムを構築することが重要な課題となろう。

V 今後の課題

第1の問題は、高齢者の認知症を含む精神障害者に対する強制医療を規制する法律が、治療施設によって異なることである。治療の対象者には様々な

41) 厚生労働統計協会編「国民衛生の動向 2018/2019」厚生指標65巻10号(2018年)127頁。

42) 大谷實・前掲書(註7)135頁以下。太田順一郎「精神医療審査会」精神科治療学30巻2号(2015年)161頁以下参照。その他の問題について、拙稿「精神科入院と精神医療審査会」臨床精神医学44巻3号383頁以下参照。

特徴があることに鑑み、対象者を分類し、対象者のニーズに応じた木目細かな処遇を行うことは推奨されるべきものであるが、その際には、各施設において得られた知見を他の施設に応用することが重要であり、そのためには、後述のように、各施設の連携・協力を図ることが必要であろう。

認知症の患者は、医療保護入院の場合は精神保健福祉法により、障害者福祉施設の場合は障害者虐待防止法によって、規制されることになっているので、その結果、病状はそれ程変わらない者が、医療保護入院の場合は精神医療審査会による審査を受けるが、福祉施設などの場合は、その対象とならないことになる。また、隔離や身体拘束についても、その要件は微妙に異なっている。

実態を見ると、2014年10月現在の65歳以上の入院患者は約93万7千人であるが⁴³⁾、医療保護入院患者数は約12万8千人であり⁴⁴⁾、2015年6月末の精神科病院在院患者のうち65歳以上の者は約15万9千人である⁴⁵⁾。これに対して、2013年の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の利用者は約94万人であり、老人ホーム等の老人福祉施設入所者は、約83万人となっている⁴⁶⁾。

特別養護老人ホームなどの場合は一部にとどまるが、患者の同意がないときには、これらの施設の入所者は共通しているのであるから、先に紹介したような差を設けるのは合理的ではないであろう。患者の人権の擁護という観点から見ると、統一的な処理を行うべきであると考えられる。その点で、「自傷他害のおそれ」のあるときは措置入院、「医療及び保護の入院の必要がある」ときは医療保護入院となり、精神科病院への入院や処遇に問題があるかどうかについては、精神医療審査会で審査を受けるのに対して、それ以外の一般病院への入院の場合や、福祉施設への入所の場合に入所者の同意がないときには、その対象とはならないという現状の取扱いには、一考の余地があるよ

43) 前掲「国民衛生の動向 2018/2019」(註41) 9頁。

44) 同書127頁。

45) 「我が国の精神保健福祉 平成29年版」189-190頁。

46) 厚生労働省のホームページ参照。

うに思われる。

第2は、先に紹介した諸要件の曖昧さである。これは、法律などのルールの宿命という側面もあるが、できるだけ、基準の明確化を図るべきであろう。つまり、「著しく」や、「最小限」、「顕著」、「おそれ」などの規範ないし程度概念の内実を明らかにしていく努力が求められるのである⁴⁷⁾。その点で、裁判官などの法曹は大きな役割を果たすのであるから、法学部・法科大学院を始めとする教育の充実を図り、法律家の精神医療に対する理解を促進することを検討すべきであろう。

第3は、連携の問題である。ひとつの機関だけで対応できる事例は少ないことから、近時は様々な領域で、多機関による連携の重要性が認められるようになってきた⁴⁸⁾。医療の分野においても、その動きは広がっているが、これまでの蓄積・経験が不足しているところから、多様な問題が生じている。たとえば、それぞれの機関の文化や手法が異なるときには、十分な意思疎通が図れないという事態が出現する。コミュニケーションをとるために必要なのは、相互の理解であろう。したがって、それぞれの機関が十分な研修を行って、様々な機関の働きや役割から始まり、その文化と手法に至るまでを理解する努力を重ねることが要請される。また、その際には、オーガナイザーないしコーディネーターの力量も問われることになる。連携を組織・調整するには、相応の技術や能力が要求されるからである。したがって、今後は、そのような人材を育成することも大きな課題になると思われる。

*校正の段階で、「特集・行動制限環境—短く、安全に」日本精神科病院協会雑誌137巻12号（2018年）6頁以下に接した。

47) 有本慶子「拘束—迷う判断と目標のあり方」精神医療92号（2018年）74頁参照。著者は精神科病院の看護師である。

48) 拙稿「犯罪学における多機関・多職種連携」犯罪学雑誌80巻4号（2014年）127頁以下、同「犯罪被害者支援の今後の課題」同志社法学67巻4号（2015年）207頁以下参照。精神医療については、佐藤紳一ほか「多職種協働チームの実際と問題点」司法精神医学6巻1号（2011年）87頁以下、天賀谷隆「クリティカルパスとチーム医療—看護の立場から」精神科治療学30巻2号（2015年）249頁以下など参照。