

精神障害者をめぐる法と人権

大 谷 實

I はじめに——精神障害者とは

2018年度の人権大学講座「精神障害者の法と人権」を始めます。今日は、精神障害者を取り巻く人権状況——特に現在行われている強制入院および入院中の行動制限についてお話をし、最後に、2016年に発生した相模原障害者殺傷事件を振り返り、今後の精神科医療の在り方について話すことにします。

最初に、これから問題とします「精神障害者」について、簡単にコメントしておきますと、日本の精神保健福祉の中核となっている精神保健福祉法という法律では、精神障害者とは、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその他の依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」（第5条）と規定しています。かつては法律上「精神病患者」と呼ばれてきたのですが、第二次世大戦後、麻薬や覚せい剤等の急性中毒者、さらに知能に障害のある人、これらを全て含ませるという趣旨で、法律上「精神障害者」と称するようになりました。最近、急に増えてまいりましたアルツハイマー病や認知症も精神障害の一つですが、典型的な精神障害としては、かつて「分裂病」と呼ばれていた統合失調症が代表的なもので、他に麻薬や覚せい剤による中毒、それに「人格障害（異常人格）」など、精神科医療の対象となる病気または疾患を指すことになりました。

なお、最近では「障害」という言葉は「その人自身に障害がある」というように受け取られがちであり、障害者を傷つける用語ではないかと考える人

が増えてまいりました。しかし、「障害者」というときは、社会生活ないし社会とのかかわりの中で、害を受ける者として捉えるべきであり、また、法律上の用語としてすでに定着していますので、とりあえず今日のところは「障害者」としますので、ご理解を願いたい。

Ⅱ 精神障害者法制の歩み

(1) 前 史

ところで、改めて申すまでもないことですが、異常な行動をとる人はいつの時代にもいた訳でありまして、そうした人達の処遇について、鎌倉時代から江戸時代までを見てみますと、民間信仰による祈祷、例えば、京都岩倉大雲寺観音堂内の「滝打たせ」が有名です。1130（大治5）年ころ、後三条天皇の皇女佳子内親王が乱心されたが、観音堂にこもり滝に打たれたところ快復したとのうわさが広がり、滝治療の効能が各地に広まりまして、江戸末期には、精神障害者やその家族が全国各地から岩倉に集まり、その地域には彼らのための宿泊施設ができるまでになったと記録されています。京都岩倉の地域には、その名残でしょうか、今では岩倉病院や北山病院といった民間精神科病院が建てられています。しかし、大半の精神障害者は十分な世話をしてもらえず、家に隔離されているか、放置されたままにされていたようです。

明治初年になりますと、当時の文部省が日本で初めての医療制度を作り、1875（明治8）年には公立の精神科病院である「癲狂院」（てんきょういん）が京都南禅寺境内に設立されました。その後、東京にも公立の精神科病院ができたのですが、主に財政的な事情で容易に病院建設が進まず、多くの障害者は自宅の一室に閉じ込められ、監禁状態にされていたのです。

特に、家督相続をめぐる精神障害者についての不祥事件が起き、また精神障害者の異常な行動が社会の安全を脅かすという理由から、全国的な規模で精神障害者を監視し保護する機運が高まってまいりまして、1900（明治33）

年には、わが国で初めての精神障害者関係の法律である「精神病患者監護法」という法律が制定されました。

(2) 精神病患者監護法から精神病院法へ

精神病患者監護法の目的は、精神障害者を法律上監督し保護することにあります。しかし、父母ないし戸主等を「監護義務者」として精神障害者を監視し、また、私宅監置制度を正式に認めて、精神障害者を家に閉じ込めて置くための法律を狙いとしていましたから、精神病を治療するといった医療上の条文は全く規定されませんでした。「精神病患者監護法の最も惜しむべき欠陥は、精神病患者を監督し保護することのみを眼中に置き、医療上の条項を全く定めていない点にある」と評された所以であります。その意味で、精神病患者監護法の法的性質は、治安維持、社会防衛的な観点、別な言い方をすれば警察的な取締まりを目的として精神障害者の監禁・拘束を正当化するためのものであり、精神障害者の医療保護は軽視されたと断言してもよさそうです。

実際、精神病患者監護法が施行されてから、裕福な家族の精神障害者は病院で治療を受けることができましたけれども、大半の患者は治療を受けるどころか、長年にわたって小さな一室に閉じ込められ、衣食も満足に与えられず、文字通り「治療なき監禁」に処せられて、悲惨な状態のまま放置されていたのです。その意味で、精神病患者監護法は、精神障害者を社会的に危険なものとして特別扱いし、治安維持の観点から、社会的に差別的取り扱いをする出発点になった法律であったことを忘れてはならないと思います。

この法律ができてから、金持ちは癲狂院と称する公立の精神科病院に入院できましたが、そういう施設は京都や東京など数か所しかありませんでしたから、家族の長である戸主によって、大半の精神障害者は自宅の一室または物置小屋に隔離する「私宅監置」として、閉じ込められていたのです。いわゆる「座敷牢」です。治療は全く行われずに放置され、悲惨な、誠に「憐れむべき状況」に置かれていたのです。精神病患者監護法は、その私宅監置を法律上正式に認めたのです。

我が国の精神医学の基礎を作った東京帝国大学教授の呉秀三博士は、1900年から6年間かけて大規模な私宅監置の実態調査を試みましたが、その結果、「わが国の精神病患者は、実にこの病気に罹ったという不幸のほかにも、この国に生まれた不幸を重ねる者と言うべし」と報告して、精神障害者の二重の不幸を嘆きました。

博士は、「日本の精神病患者の救済は、実に、人道問題にして、我が国目下の急務と言わざるべからず」と、激しい調子で救済を訴えています。精神病患者監護法の隔離政策によって、大半の精神障害者は国や社会から無視され悲惨な生活を強いられてきたのでありまして、そうした精神障害者に対する差別的取り扱いが、今日の社会にも悪いイメージとして残されているように思えます。昨年1月には統合失調症の娘を座敷牢に閉じ込めて衰弱死させ、保護責任者遺棄致死罪で起訴された寝屋川市の事件、あるいは、40代の男性の精神障害者を木製の檻に監禁したとして、監禁罪で起訴された兵庫県三田市の事件がマスコミで話題になりましたが、親が障害のある子を隔離するケースが未だに残っているのです。精神病患者監護法が採った隔離政策の名残と言ってよく、誠に残酷な話です。

ともあれ、呉博士などのひたむきな努力によりまして、私宅監置制度を1日も早く廃止して、国や都道府県立の「精神科病院」つまり官公立の病院を作るために、1919（大正8）年に「精神病院法」という法律が制定されました。精神障害者対策を「社会的に監視する体制」から「精神科病院入院による医療の体制」へと、政策の転換が図られたのです。

この法律の骨子は、①国は道府県に精神科病院を設置する義務があり、設置が難しい場合には、私立の病院を指定して代用精神科病院とすること、②地方長官（知事）は、医師の診断に基づき、罪を犯した者で裁判所が特に危険であると認めた者は精神科病院に入院させること、③精神科病院の建築費や運営費は国が半分補助する、というものでした。この精神病院法は、画期的な法律として歓迎されましたが、残念ながら、これも主として国の財政難のために、精神科病院の建設は遅々として進まず、第二次世界大戦の終結ま

でに建設されたのは、わずか五つの府県を数えるにすぎないという有様だったのです。ちなみに、その一つが、京都府宇治市にあります「府立洛南病院」でありました。精神病院法は、ごく一部の地方で使われたに過ぎなかったのです。

(3) 精神衛生法の時代

このような状況の下で第二次世界大戦は終結を迎えたわけですが、戦後の混乱が収まりつつあった頃、精神科医療の関係者の間では、欧米の新しい精神科医療への関心が高まりまして、時代に相応しい法律の制定が求められました。1947（昭和22）年に新しい憲法が施行されたこともありまして、先程紹介した精神病患者監護法および精神病院法を抜本的に改正する機運が高まり、新しい時代に相応しい法律として、1950（昭和25）年に「精神衛生法」が議員立法として誕生したのです。

この法律の骨子としては、大きく三つを挙げることができます。その一つは、精神障害者の人権を完全に奪っていた「私宅監置」制度を遅くとも1年後には廃止して、精神科病院を作り、精神障害者の医療を急ぐこととなりました。二つ目は、先ほど紹介しました精神病患者監護法で設けられた、精神障害者を監視させる「監護義務者」制度を改めまして、精神障害者の親または兄弟を「保護義務者」とする制度を作り、その保護義務者の同意で強制入院させる「同意入院制度」を新設することにしました。なお、保護義務者がいない患者については、市町村長が保護義務者になって、その同意で入院させることができることにしました。最後に、「自らを傷つけ、他人を害するおそれ」（自傷他害のおそれ）がある危険な精神障害者は、都道府県知事の責任で強制的に入院させるという制度、いわゆる「措置入院」制度を新設しました。

この精神衛生法によりまして、保護義務者の同意による強制入院としての「同意入院」、また、知事による強制入院としての「措置入院」というように、精神衛生法は、「強制入院中心の精神科医療体制」を目指したのです。先ほ

ど指摘しました大正時代の精神病院法では、財政難のために精神科病院を作ることができなかつたわけですから、新しい法律の下で、何としても精神科病院を作ることが先決であると考えられたのです。

当時の厚生省の1954年の調査によりますと、精神障害者の数は約130万人、そのうち入院が必要な患者は35万人であると推定されました。しかし、当時の病床数はわずかに2万5千床ぐらいで、入院を必要とする患者の10分の1にも満たない有り様でした。ですから、当時の厚生省としては、何よりも精神科病院の設置が先決であり、外国のように、国立または公立の精神科病院を作りたかつたようですが、当時の国や自治体の財政状況では不可能であったということが主な理由で、国の補助による民間の精神科病院を新設するという形で、病院の設立を急いだのでした。

その結果、精神衛生法が施行されてから20年後の1970年には、何と病床数が25万床となり、2005年には1661の病院、病床数は35万3千となったのです。まさに驚くべき数字になったのですが、国公立はごく少数であり、その大半は民間の精神科病院でありました。

こうして、2000年代の我が国の精神科医療は、同意入院および措置入院という強制入院中心の医療体制となり、それを担ったのが民間病院であったことに是非注目していただきたい。併せて、民間精神病院の乱立が、安易な入院を通じての精神障害者の隔離政策に直結したことも記憶しておく必要があります。

(4) 人権問題の浮上

憲法の基本的な人権尊重、特に自由主義の時代に、強制入院中心の医療体制が社会の批判的になったのは当然です。特に、同意入院制度では、入院の手続が杜撰であり、家族である保護義務者の同意さえあれば、病院側は看護師を使って強制的に患者を入院させることができたのです。また、法律上は、医師は患者を治療するために拘束することが許されるばかりか、治療上必要であるという理由で、鉄格子の部屋に鍵をかけて閉じ込める閉鎖病棟に入れ

られ、電話や手紙の発受といった通信の自由も制限され、外出も認められないといった状況が続きました。入院を強制することができるのは、患者の病気を治すためなのに、国の融資制度を利用して多額の負債を抱えている病院は、財政的理由から、入院治療を必要としない患者までも不当に入院させる傾向が歴然としてまいりました。不当な入院事件がマスコミを賑わすこともありました。

一方、「自傷他害」を理由とする措置入院につきましても、二人の精神衛生鑑定医という有資格者の診断に基づいて治療のために入院させる制度ではありますが、治療の必要性というよりも公安上の理由から安易に強制的に入院させ、患者の退院を容易に認めない点が人権上の問題になってきました。要するに、1950（昭和25）年にできた精神衛生法は、私宅監置・座敷牢を廃止して、精神障害者の医療と保護を目指して精神科病院を作ったのですが、その趣旨が十分生かされず、精神科病院の中には、患者を病院に収容することに汲々として、人権上の配慮をしていない施設があったということでもあります。つまり、精神障害者は、戦前は私宅監置によって隔離され、戦後は病院に隔離されることになったのです。

こうした精神衛生法の性格を象徴する事件が、1984（昭和59）年3月に、栃木県の宇都宮病院で発生しました。病院の看護職員が入院患者2名に暴行を加えて死亡させたという人権侵害事件が発生したのです。この事件を契機としまして、精神科医療における人権問題が新聞で大きく取り上げるとともに、国会でも問題となり、医療現場での様々な人権蹂躪の実態が社会の目にさらされることになったのです。

(5) その後の動向

旧厚生省は事態を深刻に受け止め、「精神科病院における人権問題」というタイトルで、全国都道府県に通達を出しました。その結果、同意入院、措置入院という強制入院が安易に実施されており、①医療上必要のない者が入院させられている、また、②病院では鉄格子の部屋に閉じ込められ、通信・

面会、電話といった通信が禁止されており、本来自由であるべき病院内の行動を不当に制限している、さらに、③いったん入院させてしまうと、インフォームド・コンセントは一切認めないで、危険なロボットミーム手術も無理やり実施するといった精神科医療の実態が浮き彫りになったのです。

日本の精神科病院における人権侵害の実態は、やがて、国際的な問題となり、1984（昭和59）年には、病院の患者は虐待を受けており、不当な入院措置を防ぐための方法がなく、国際人権規約B規約に違反していると批判されました。私は、これまで精神科医療について法律学者は無関心過ぎた点を反省しまして、精神科の医師および法律家の共同研究の場として、今から33年前の1986（昭和61）年3月に、法律と精神科医療の専門家約200名を擁する「法と精神医療」学会を立ち上げ、副理事長、理事長として、毎年1回学術大会を開催しまして研究の向上に努め、また、「精神医療と法」と題する学会機関誌を発行しました。さらに個人的には、「精神医療の法と人権」というタイトルで学術書を出版しまして、精神科医療の世界に法律の光を当てる運動を展開しました。

具体的には、①精神障害者を危険な人間として、安易に措置入院を認めている実態を改めること、②資格を持っている医師を介入させないで、保護義務者の同意だけで入院を認める同意入院制度を再検討すべきであること、③不当な入院を阻止し、救済するための手続を整備すること、④病院内での患者の自由を尊重し、不当な行動の自由制限を撤廃すること、⑤治療の必要が無くなった患者を速やかに退院させる手続を整備すること、以上の5点を中心に発言して参りました。

Ⅲ 人権確保のための法改正

(1) 精神保健法から精神保健福祉法へ

只今のような法と精神医療学会などの運動や国際的な批判にさらされ、当

時の厚生省は精神科医療の本格的な改革に乗り出しました。また、民間精神病院の団体である「日本精神病院協会」などの努力もあって、精神障害者の人権に配慮しながら有効・適切な医療を行うということを目指して、今から20年前の1999年に「精神衛生法」を「精神保健法」と改め、これまでの入院中心の体制から地域中心の医療保護体制を確立して、「精神科病院から社会復帰施設へ」を基本理念に据えるとともに、精神科医療においては患者の人権に配慮しながら患者に対する適正な医療保護を確保するための改正が行われました。

そして、障害者基本法に基づき、2005（平成17）年に精神障害者の医療と福祉を統合する画期的な法律である「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」（精神保健福祉法）が成立し、今日の精神科医療はこの法律を根拠に運営されていますが、「福祉」については別な機会にお話することにして、今日は、精神科病院の入院にまつわる人権問題に絞り、はじめに、①入退院手続の整備についてお話をし、続いて、②入院中の行動制限、さらに、③患者の不服申立について述べることにします。

(2) 精神科病院の入院形態

(ア) 精神科病院入院の特質 内科や外科の病気で入院する場合、原則としては患者側の意思に基づいて入院することになっています。これを任意入院といいます。もっとも、患者が幼児や意識がない意思無能力者であるときは、意思に基づく入院とは言えませんが、その場合は親や代理人の意思で入院するのでありまして、病院側の意思で入院させることは、一般の医療ではありえません。これに対して精神科病院の入院では患者本人の意思に基づかない、言い換えれば強制入院が原則となっています。

一般の医療では、憲法13条に基づいて説明と同意つまりインフォームド・コンセントが原則となっているのに、精神科の医療ではこの原則が適用されず、強制入院が認められている。これはなぜなのでしょう。

この問題は、強制医療の根拠は何かという形で議論されてきたのですが、

私は、日本の今の精神科医療は、憲法25条の「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」という健康権を基礎として、本来ならば患者が自ら判断して入院するかどうか、また、治療を受けるかどうかを決定すべきなのですが、精神障害者の場合は、入院して治療を受けた方がよいのか悪いのかを判断し決定する能力つまり意思能力が患者に欠けている。そこで、本人の意思に任していたのでは、医療保護という患者の利益を享受することができないところから、本人の利益のために、国が親代わりとなって、強制的に医療を受けさせる必要があり、それが精神障害者にとっての健康権を保障する所以であると考えています。

こうした考え方に対して、国が患者の自由を強制できるのは、患者が社会にとって危険であり脅威となっているからだとする考え方（ポリス・パワー）がありますが、日本の法律は、入院させなければ十分な治療はできないという国親思想（パレンス・パトリエ）に従って、自由拘束の仕方が異なる四つの入院形態を設けました。

（イ）任意入院 第1は、本人の意思または同意による入院、すなわち任意入院です。精神保健福祉法20条を見ますと、「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。」と書いてあります。そして、「退院の申出があった場合」は退院させなければならないとありますから、完全な任意入院と思われがちですが、この入院形態も外科や内科といった一般医療の場合と異なり、ごく限られた場面ではありますが、自由の拘束を認めているのです。すなわち、精神科病院の管理者（理事長または院長）は、精神保健指定医（以下「指定医」と略す）による診察の結果、患者の病状から判断して、医療保護のためには入院を継続する必要があると診断した場合は、72時間を限度として退院させないことができるのです。

たしかに、精神科医療においても、無理やり入院させるよりは、本人が納得して入院した方が医療保護にとって効果があり、また、強制医療を前提とする強制入院は、人権上も好ましくないところから、精神科の入院も任意入

院を原則とするとしたのは、いわば当然なのです。その結果、かつてはすべて強制入院でしたが、只今は、入院患者の半分近くが任意入院であることを知っておいていただきたい。日本は強制医療中心の医療体制であるとされていましたが、少し認識を改める必要があるようです。

しかし、先程述べたように、いったん入院した以上は、72時間つまり3日間は退院を許されない。そして、入院に同意して入院した以上は、後で述べますように、病院内では行動の自由を制限されますし、いわゆる閉鎖病棟に入院させられることもあり得るのですから、任意入院といいますが患者が好き勝手に行動できるわけではないのです。

なお、ここで、先程お話しした指定医について説明しておきますと、精神科の医療保護は、意思能力の充分でない人が対象となるのですから、その不足分を補う人、本人のために医療的な措置を判断し、サポートする医学上の専門家が必要となります。そこで、患者の意思に任せておくことができない場合には、この指定医の判断が必要となります。このように、精神科医療を有効かつ適切に行うことが精神科医療の基盤として不可欠なのですから、指定医は、一般の精神科の医者以上の専門家でなければなりません。原則として3年以上の精神科の診療の臨床経験を有する者を厚生労働大臣が指定することになっておりまして、現在、約1万4千人の医師が指定医として登録されています。

(ウ) 医療保護入院 第2は、医療保護入院です。これは、患者の医療保護を行うために、本人が同意しなくても、患者の家族などの同意があれば、病院側が強制的に精神科病院に入院させることができるという入院形態です。本人がどんなに嫌がって入院を拒否し、あるいは暴れても、有無を言わず入院させる制度であります。以前は「同意入院」といいましたので、今でもそう呼んでいる人がいますけれども、10年ほど前から「医療保護入院」と改めたのです。

では、本人の意思に反して強制的に入院させることができるのは何故でしょうか。いわゆる強制入院の正当化根拠の問題です。先程の繰り返しになり

ますが、私は、強制入院といった甚だしい人権侵害を正当化する根拠は、本人に病識がなく、治療を受ける利益を理解して、自ら治療を受けるべきどうかを決定する能力がない。そこで、本人に代わって、社会が強制的に治療を受けさせるのだと考えています。いわゆる國親思想、パターンリズム、パレンス・パトリエの考え方ですね。

自由の拘束という人権侵害が認められるのは、それに代えて、適正な医療保護を提供できるからなのです。言い換えれば、適切な医療保護の見返りとして自由の拘束が許されるという関係に立つわけですから、医療保護入院で最も大切なのは、適正な医療保護の提供でなければなりません。精神科病院に入院させる権限を持っているのは、病院の管理者である院長または理事長ですが、実質的に入院を決めるのは、精神科医療の特別の専門家である先程の指定医であります。精神科医療を支えるのは、指定医以外にないということを力説・強調しなければならないのです。しかし、最近の情報によりますと、資格のない者が不正な申請をして資格を取り消された者、研修を受けないで資格を取り消された者が多数みられたというのは、大変残念であります。

それはともかく、医療保護入院について規定していますのは、精神保健福祉法33条以下ですが、ややこしい条文が続いていますので、これ等を整理して、医療保護入院の入院手続を紹介しておきましょう。

例えば、20歳になった頃統合失調症を発病をしたXについて考えてみます。Xは、父母に連れられて甲病院に来たのですが、精神科病院に連れて来られたことを知って、「入院は絶対に嫌い」と大声でさげび逃げ出そうとしたので、病院の看護師がXを取り押さえて宥めているところに、甲病院に勤務している指定医Aがやってきて、嫌がる甲を診察室に入れて事情を聴き、入院して病気を治しなさいとXを説得したが聞き入れないので、両親を呼んで相談したところ、是非入院させてほしいというので病院理事長Bに事情を説明し、Bは看護師に命じてXを閉鎖病棟に連行させ入院させたとしましょう。

医療保護入院の手続は、法律上、先ず、指定医による入院が必要であると

いう診断を必要とします。指定医がいなければ入院は認められませんが、病院の管理者が指定医で自ら診断したときは有効とされています。次に、「家族等」の入院に対する同意がなければ医療保護入院は認められません。先ほどの事例では、病院側の指定医が入院の必要性を診断し、しかも、Xの両親が入院に同意しているのですから問題はありません。

しかしながら、この入院手続については、いくつかの問題があります。その一つは、「家族等」の同意としているところです。家族が遠方にいる、あるいはどこにいるのか分からない、さらにはそもそも家族がない場合はどうするのかということです。そのような場合、入院させられないというのは不合理ですので、その場合は患者が居住している市町村長に同意してもらうこととしました。もう一つ気になりますのは、「家族等」の家族は「当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人、保佐人」と定められていますが、その中の一人を誰にするかは、当事者の中から決めることになり、面倒ではないか。そして、そもそも、家族等の同意という制度は要らないのではないか。例えば、家庭裁判所のような公的機関が、入院するかどうかを決定すればよいのではないか、といった批判もあります。

しかしながら、家族の実態を見ていますと、肉親等の家族は精神障害者を本当に心配し、サポートする方が多いところから、制度上、先ず家族との関係が大切であるという観点から、私は、「家族等の同意」制度は残しておくべきであると考えています。そして、患者家族の中に誰も面倒を見ようとする者がいない場合は、市長村長に頼む。おそらく、今後、市町村長同意の数は増えて来ると思います。このように考えてみますと、家族等の同意を目くら立てて反対することはないと言うのが私見ですが、いかがでしょうか。

医療保護入院制度に問題があるのは、むしろ、一人の指定医の診察で足りるとしている点です。先ほども申しましたが、精神科医療を支えるのは、専門家としての指定医なのですから、いやしくも、医療上入院の必要がない者を無理に入院させるといったことが絶対にならないようにすることが大切であり、そのためには一人では駄目でありまして、二人の指定医の診断が必要で

あると考えるからです。後で説明します措置入院の場合は二人以上の指定医の診察が必要とされているのですから、医療保護入院は一人でよいとするのは、おかしいのではないかと。どちらも、強制的に入院させられる点で同じだからです。

(エ) 措置入院 次は措置入院ですが、これについては旧精神衛生法の規定とほとんど変わっていません。措置入院は、一口で申しますと、二人以上の指定医が診察した結果、その精神障害者を入院させなければ、その病気のために「自身を傷つけ又は他人に危害を及ぼすおそれがある」(自傷他害のおそれ)と一致して診断したときは、知事の権限で患者を強制的に指定病院に入院させることができるという制度です。

二人以上の指定医の診察が必要であること、知事の権限で強制入院させることができるという点で医療保護入院と大きく異なる制度ですが、その理由は、その精神障害者を入院させなければ、自殺や人を殺害するといった社会ないし公共の安全を脅かす「おそれ」があるからです。医療保護入院の場合は、一人の指定医と家族等の同意で病院長が入院させる権限を持つことになっていますが、措置入院では、二人以上の指定医の診断に基づき、知事の権限で入院させるのです。「おそれ」だけで精神障害者の自由を束縛するのは許されるのか、その意味で措置入院制度は、不当な人権侵害をもたらすという批判が有力でした。1970年ごろ、日本の精神神経学会は、この問題を中心に大混乱しました。「自傷他害のおそれ」といった不確定な要件で精神障害者を強制入院させるのは、はなはだしい人権侵害だというものでした。確かに、実態から見ますと、措置件数が1番多かった1987年には2万人を超えていたのですが、その後年々減少し、只今は、年間1500人余りになっていますから、安易な措置入院が是正されたという意味で、学界の混乱は一定の成果をあげたと言ってよいと思います。

今でも措置入院は不当な強制入院制度であるという批判がありますけれども、しかし、「自傷他害のおそれ」は医学的に判断が可能であり、また、措置入院患者の入院も医療保護のために行われるのですから、人権上の配慮は

必要でありますけれども、今後も入院形態の一つとして存続させるべきであると考えます。問題は、個々の案件で、指定医が「自傷他害のおそれ」を的確に判断しているかどうかであります。その観点から問題を提起したのは、2年前に発生した相模原障害者殺傷事件ですので、後で少し詳しくお話することになります。なお、精神障害者の犯罪事件では、心神喪失で刑事裁判で無罪となり、この措置入院で精神科病院に入院させられるのがほとんどでありましたが、2003（平成15）年に医療観察法ができてからは、裁判所の審判で、普通の精神科病棟ではなく、「医療観察病棟」に入院させて、専門的な治療をすることになっています。

（オ） 応急入院 最後に『応急入院』です。これは、一般の医療の救急医療に当たるものですが、要するに、精神障害者の病状が急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合で、本人に病識がないために、入院の必要性について本人が適切な判断をすることができないときは、医療保護入院や措置入院よりも要件を緩和して、一人の精神科の医師の診断で、72時間を限って入院させることができるという制度であります。これも強制入院であることは勿論です。

（3） 病院内の行動制限

以上、現在行われております強制入院についてお話ししましたが、一般の医療の場合とは違って、精神科医療においては、患者が病気であることを認識・理解できない場合、つまり病識のない場合が多いところから、患者の利益を守るというパターンリスチックな観点から、基本的人権である自由を無視して入院させなければ患者の利益を守れない場合、やむを得ず強制的に医療を実施せざるを得ない点に制度の趣旨がある訳です。つまり、精神科医療は、患者の自己決定と強制との間のジレンマを避けて通ることはできない訳です。患者の精神的健康という利益つまり健康権は憲法25条の保障するところである一方、自由に生きるという自由権の保障は憲法13条の定めるところでありまして、この矛盾をいかに調和させるかが精神科医療の課題でありま

す。

そこで、法律は、「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」という規定を置きました。自由の制限は、医療・保護にとって「必要最小限」のものでなければならいとする趣旨です。具体的には、①信書の発信・受信の制限、電話や面会の制限、③患者の身体の拘束、④保護室への隔離などが問題となりますが、かつては病院側の指示でこれらの自由を制限できましたが、只今では「医療・保護にとって欠くことのできない限度」つまり必要最小限の行動の制限に限るものとされたのです。そして、これ等の制限が適正に行われていることを担保するために、①必要と認めて行った行動制限の内容、②行動制限を行った時の患者の症状、③行動制限を開始したときの日時等について、カルテへの記載を義務付けることにしました。

IV 入院患者の人権擁護と救済

これまで説明してきましたように、任意入院、医療保護入院、措置入院および応急入院について、精神保健福祉法は不当な入院や行動制限といった人権侵害を防止する手立てを用意しているのですが、人権の確保を徹底するためには、患者や患者家族にそれぞれの権利を知らせ、その権利が侵害された場合には、それを救済する仕組みが必要となります。そこで、二つの制度が作られました。

(1) 告知制度

一つは、告知制度であります。入院に際して、精神科病院の管理者に対し、「入院に際してのお知らせ」としまして、任意入院、医療保護入院、措置入院それぞれについて書式を定め、例えば「あなたの入院は、あなたの同意に基づく、・・・任意入院です」とか、「医療保護入院です」、「措置入院です」としまして、「あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限され

ません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立ち会いの下で、あなたに開封してもらい、その異物を病院にあずかることがあります」とか、「あなたの入院中、治療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります」とした上で、「あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます」といったように、患者に対してその権利を知らせる制度が導入されました。

この告知制度によりまして、自分は医療保護入院で入院させられたのか、措置入院で入院させられたのかを知ることができ、入院中の行動の制限、権利・義務も分かりやすく説明されます。そこで、「自分は病気ではないから医療保護入院をさせられるいわれはなく、直ちに退院させてくれ」といった退院請求をすることができますし、あるいは、「電話を掛けるのを制限するのは不当だ」と言って、処遇を改善する請求権も認められたのです。

この制度は、精神障害者の不当な入院や行動制限にとって大変有益であると思われませんが、問題は、当・不当を決める機関をどうするかでした。そこで制度化されたのが精神医療審査会です。

(2) 精神医療審査会

入院や処遇が適切に行われているかどうかを審査するために、精神障害者の医療や法律および保健福祉に関する学識経験者を委員とする精神医療審査会が設置されています。委員は、知事または市長が任命することとし、5人の合議体で審査することにしました。審査の対象は、精神病院の管理者による入院届、入院患者の病状に対する定期の病状報告、それから、患者からの退院請求、処遇改善請求の当否についてです。

精神医療審査会は、その性格上、客観的・中立的なものであることが要求されまして、外国では、司法機関すなわち裁判所がその判断をする国が多いのですが、わが国では、都道府県知事または政令都市の市長が委員を任命する行政機関が審査することにしています。この点についてはその中立性に関

して、法律家や精神科医の中には疑問を抱く人が多かったのです。しかし、私も10年間にわたって法律委員として審査に携わった経験がありますが、委員はそれぞれ精神障害者の医療保護を中心に判断しており、中立性についての問題は、杞憂に過ぎなかったようです。

V 結びに当たって

(1) 講演の総括

以上、新しい四つの入院形態と行動制限に関する人権問題についてお話ししてまいりましたが、精神科医や法律関係者の間では精神科医療の現状を憂い、あるいは批判する方が多いようです。しかし、私は、楽観的に過ぎるといふ批判があるかもしれませんが、21世紀に入ってからの法の改正によりまして、我が国の精神科医療は、基本的には改善の方向にあるというのが、私の認識であります。

勿論、入院の必要がない、いわゆる社会的入院の実態が依然として改善されず、一向に入院者数が減少しないといった問題、あるいは、不当な病院内の行動制限といった不祥事は、しばしばマスコミの話題となっているところでありまして、そのような事態が生じないように、病院の管理者にコンプライアンスの徹底を期待し、また、人権の確保に警鐘を鳴らす必要があることは申すまでもありません。

(2) 殺傷事件

そうした中であって、私たちは、精神科医療に係る大きな事件に遭遇することになりました。事件は、2016（平成28）年7月26日未明に、神奈川県相模原市の知的障害者施設に元同施設の職員である26歳の男性が刃物を持って乱入し、障害者19人を死亡させ、26人を負傷させたというものであります。その男は、事件当日の約5か月前、「障害者には安楽死を」とか、障害者を

皆殺しにするといった趣旨の文書を衆議院議長や首相宛に送るなどしたところから、警察官が保健所を通じ神奈川県知事に通報しました。知事は、指定医二人に診察を命じたところ、一人の指定医は「大麻精神病」、もう一人は「非社会性〔自己愛性〕パーソナリティ人格障害」と診断し、二人とも「入院させなければその精神障害のために他人を害するおそれがある」としまして、県知事の担当職員に報告しましたので、県知事は2月22日に男を指定の精神科病院に入院させたのでした。

ところが、それからわずか約1週間後の3月2日に、二人の指定医は、「他人に危害を及ぼす危険が亡くなった。症状の改善が優先だ」と県の職員に報告したので、知事は入院措置を解除して退院させてしまったのです。

事件後、横浜地検は、男を殺人罪等で逮捕し、5か月の鑑定留置を経まして、刑事責任を問うことができると鑑定し、その男を昨年5月に起訴しまして、間もなく裁判が始まる予定だそうです。

戦後最大の凶悪事件としてマスコミでは大騒ぎとなりましたが、政府は、再発防止策検討チームを立ち上げ、措置入院者が措置を解除されて退院した場合には、退院後の生活を相談できるように「退院後生活相談員」制度や地域で支える「地域協議会」を設けるべきであるといった法改正案を作って、昨年に参議院に上程する閣議決定をしたようですが、厚生労働省にも異論があって未提出のままになっているようです。

私は、本件で一番大切なのは、措置入院の在り方であろうと考えています。「他害のおそれがある」として入院をさせられた前後のその男の言動から見て、わずか1週間の入院で退院させた指定医の判断に強い疑問を持っています。既に明らかなように、精神障害者の人権の砦となるのは、患者の適正な医療を担う指定医の能力と適正な判断であろうと考えています。結論として、精神障害者の人権にとって、現在、最も大切なのは、適切な精神科医療の実践であり、それこそが強制医療としての医療保護入院、措置入院、それから院内の行動に関する人権を確保するものであることを強調して、私の話を閉じることにします。

ご清聴ありがとうございました。