

精神保健福祉法改正の問題点と今後の展望

—非自発的入院制度の見直しの視点から—

岡山市こころの健康センター 太田 順一郎

I. はじめに

平成 25 年 6 月精神保健福祉法（以下、本法）の改正案が衆議院で可決・成立した。今回の精神保健福祉法改正（以下、法改正）における主な改正点としては、（1）精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定、（2）保護者制度の廃止、（3）医療保護入院の見直し、（4）精神医療審査会（以下、審査会）に関する見直し、の 4 点が挙げられる。さて、本シンポジウムで演者に与えられた役割は、今回の法改正に関して「非自発的入院制度の見直しの視点から」意見を述べることである。したがって、この 4 項目の中でも主に（2）と（3）に関する検討が演者の発表の中心となるが、発表の中では（4）についても多少触れることになり、また（1）のいわゆる大臣指針についても主にその位置付けについて意見を述べた。

II. 基本的で重要な論点

まず今回の法改正に関連して、本法を巡る基本的な論点である「この法の守備範囲」、「非自発的入院実施の責任主体」「非自発的入院の判断基準」の 3 点を検討する。

1) この法の守備範囲

本法は、歴史的には明治 33 年に公布された精神病者監護法や、それに続く大正 8 年の精神病院法、昭和 25 年の精神衛生法に連なる法律であり、このためもともとその法的性格は、精神病院への入院手続に関する事項を主に扱うものであった。しかし、精神保健法、精神保健福祉法と法律の名称が変わり、法律の内容にも改正が加えられていく中で、入院外精神科医療、地域精神保健、精神障害者福祉などの領域にその守備範囲が拡大してきた。これは歴史的には必要な流れであったと考えられるが、医療の領域において精神科医療が一般の医療と同様に扱われることや、福祉の領域において障害者福祉がいわゆる三障害横並びで同列に扱われることを進めるためには、本法はその役割を「拡大」から「縮小」の方向に舵を切り直す必要があった。すでに障害者自立支援法の施行に当たって、それまで本法の中で扱われていた外来公費負担制度が自立支援医療と名前を変えて障害者自立支援法の中で扱われるようになり、近年では精神疾患が医療計画に定められるいわゆる「4 疾患」に加えられて「5 疾患」の 1 つとされた。このような流れの変化も見えつつあるこの時期に行なわれた法改正において、第 41 条に定められたいわゆる「大臣告示」の意味合いはやや複雑なものがある。

本法が「拡大」から「縮小」に舵を切り直すということは、具体的には福祉的領域の事項については障害者基本法、障害者総合支援法、障害者差別解消推進法、障害者雇用促進法などで規定していくことであるし、地域保健的領域の事項については地域保健法などで、医療的領域の事項については医療法などで規定していくことになる。その場合本法には強制入院規定法的な側面のみが当面残ることになる。もっと将来的には、この領域も医療法の中に包摂されることが望ましいという意見もある。

しかし改正された本法第 41 条では、厚生労働大臣が精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることされており、その指針に定める事項としては

1. 精神病床の機能分化に関する事項
2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項
3. 精神障害者に対する医療の提供に当たっての医療従事者と保健・福祉従事者の連携に関する事項

4. その他の重要事項

の 4 項目が挙げられている。これらの事項は、いずれも精神保健福祉領域の重要課題である。しかし、これまで述べてきた方向性から考えればこれらの指針をあえて本法に盛り込むことに大きな問題があると言えるだろう。

また、この改正法第 41 条の大臣告示の内容を検討する場として平成 25 年 7 月から「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」が開催されたが、この検討会は社会保障審議会・障害者部会の下に設置された 2 つの検討会のうちの 1 つ（もう 1 つは「障害者の地域生活の推進に関する検討会」）であり、主宰は社会・援護局障害保健福祉部長で精神・障害保健課が事務局を担当していた。つまり、障害者に対する福祉施策を検討する場で、本法に基づく「医療」のあり方を検討していたということになる。どのような場で検討するか、よりもどのような内容を検討するか、が大切という考え方もあるだろうが、この場合でいえば当然その場では「医療法におけるいわゆる精神科特例の見直し」などに関しては議題の外、ということになり、やはりどのような場で検討するかによって検討される内容も限界を持つことになる。

なお、この「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で「精神病床の機能分化に関する事項」が検討されたときに、重度かつ慢性の患者以外の入院期間が 1 年を超える長期入院者に対して、96 対 1 の医師配置の病床（それはすでに病床とは呼べないだろうが）や病床転換型居住系施設が話題に上っていた。これらに関しては、今後喫緊の話題として議論されていくであろう。

2) 非自発的入院実施の責任主体

基本的で重要な 2 つ目の論点として、非自発的入院実施の責任主体の問題が挙げられる。わが国では入院実施の責任主体について、精神病患者監護法以来の伝統に従ってというべきか、その責任の在り処が曖昧なままで今日に至っている。精神病患者監護法は、家族が自宅または精神病院に患者を監置するための手続を定めた法律であった。一方で本法では、入院の必要性を判断するのは「精神保健指定医」であり、強制入院を実施するのは「精神病院の管理者」となっている。この場合に家族は、単に指定医の判断に同意を与えるに過ぎないが、現在でも「家族が入院させている」という勘違いは臨床現場で日常的に起きている。

今日、精神疾患患者に対して非自発的入院を実施する理論的根拠としては、通常パレンス・パトリエ概念もしくはポリス・パワー概念の 2 者が挙げられる。非自発的入院が発動される根拠を、この 2 つの思想のいずれに置くとしても、精神科病院への非自発的入院が国家権力によって執行されるという点は変わらない²⁾。

かつてわが国では、江戸時代の座敷牢に代表されるような、家族が家庭で病者を「監護」する状況があったが、明治以降の法整備によって家庭もしくは病院で「家族が監護する」ようになった（もちろん江戸時代にも「療養施設」的な形態は存在した）。やがて家庭で「監護」することは認められなくなり、病院で強制的に治療することになった。病院で強制的に治療することになっても、その「強制性」に家族の同意が正当性を与える慣習は続いていた。そしてそれは、強制的でない入院治療が本来的であるという時代になっても続くことになった。このような歴史的経緯を踏まえれば、本法における医療保護入院の責任主体の曖昧さはやむを得ない部分もある。しかし、今、この現在においてもそれを曖昧なままにしておくことは許されない。速やかに、「家族が非自発的入院を行なっている」かのような誤解を生みかねない制度から、パレンス・パトリエもしくはポリス・パワー概念に基づく「国家が強制的に医療的処遇を執行する」制度への明確な変更が必要とされている。

明治時代の精神病患者監護法にその起源を遡ることができるような「家族同意」が、なぜ現在でも生き残ってしまうのか？その力動は演者にとっても明らかではないが、家族、医療者、そして国家それぞれに保護者制度や家族同意を存続させたい何らかの動機があったのだろう。例えば家族会はかつて、保護義務者の義務を軽減し、地域資源を拡充することを求め、その一方で、同意入院そのものの廃止は主張せず、保護義務者の「代諾

権」を明らかにすべきだと主張した時代もあった。医療者には精神医療の最終決定権を自分たちが引き受けることに躊躇を示し、部分的にはあれ家族にこれを委ねようとする傾向があった。そして財政的なことも含めて、国は強制的入院の実行責任を引き受けることを避け続けてきたと演者は考えている。

今回、保護者制度はなくなっても、医療保護入院における「家族等の同意」は残ることになった。わが国の医療保護入院制度が「パレンス・パトリエ」概念に基づく強制処遇だとすれば、これまでの保護者同意と今回残った家族等同意が、入院患者の権利擁護システムとしてなんらかの機能を発揮することはありうるはずである。しかし残念ながら、これまでの保護者制度は、このような権利擁護システムとしてはほとんど機能してこなかったし、演者から見れば今後もあまり期待できない。

【参考：代諾に関する検討】

精神衛生法平成 62 年改正前に、わが国の外務省担当者は国際機関において「同意入院は自発的入院の一型」と答弁し響きを買ったが、当時の感覚からすればこの答弁はあながち的外れでもなかったのだろう。ここで、今回見送りになった代弁者制度について検討するために、「代諾」について簡単に触れておきたい。

- (1) 現在の成年後見制度を整備した際の議論の中で、「緊急やむを得ない場合を除いて、成年後見人の権限には『身体処分の代行決定権』を一切含まない」と説明されていたが¹⁾、この説明は本法におけるこれまでの「保護者」概念と大きな差異がある。本法における「保護者」の筆頭順位にあるのが後見人・保佐人であるにも関わらず、である。
- (2) 「臨床研究に関する倫理指針（2003 厚生労働省）」は、基本的に代諾者からインフォームドコンセントを受けるとを認めており、その手続を記載している。
- (3) 代諾とは、任意後見の考え方を援用すれば、本来「本人の意図するであろう決定を代行することを目指すもの」であるべきだと考えられるが、現実には「本人に代わって本人の最善の利益を目指すもの」であることもしばしば見られる。それは認められることなのだろうか？前者の考え方による入院であれば、それは「任意入院」の亜型とみなすことも可能であろう。一方、後者は典型的なパレンス・パトリエ的考え方であり、古典的な非自発入院の要件と言える。
- (4) 大前提として、医療契約を結ぶことと、医的侵襲を受けることについて同意することは、異なるレベルの事柄である。

ここでは「代諾」と「代行決定」の定義について論じている訳ではないので、どの考え方が正しい、という話にはならないが、医療保護入院においてパレンス・パトリエ的な決定が適正に行われたとすれば、そのときに必要となる「代弁者」の性格は「本人の利益を最大限尊重する」ものではなく、「本人の意思を最大限尊重する」ものとなるべきであろう。演者は今回の法改正において「代弁者」の規定が見送られたことを残念な事態と認識しているが、もし非自発的入院の責任主体が明確になり、その主体が責任を果たし、そして審査会が有効なボードとして機能するようになったときには、後者のような「代弁者」は不要になるし、それでも必要な代弁者の役割とは、「本人の不利益になっても、本人の希望を主張する」ことになると考えている。

3) 非自発的入院の判断基準の厳格化と明確化

基本的で重要な 3 つ目の論点として、非自発的入院の判断基準の厳格化と明確化がある。もし、パレンス・パトリエ思想に依拠した非自発的入院制度を考えるのなら、非自発入院を実施するための基準の厳格化・明確化が必要である。その中でも「入院がさまざまな手を尽くした上での最後の手段」であることの強調が特に重要となる。この努力の後に、結果として、年間 14 万人といわれる医療保護入院患者数の減少が現実的となるだろう。現行の入院要件は、「第 3 3 条 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、保護者の同意がある

ときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって当該精神障害のために第22条の3の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの 二 第34条第1項の規定により移送された者」となっている。これでは「入院が必要で、任意入院ができない人」は全て非自発的入院の適応となってしまう。やはり、「通院治療では無理・在宅では治療同意能力の回復は見込めない」という内容を書き込むことが必須であろう。

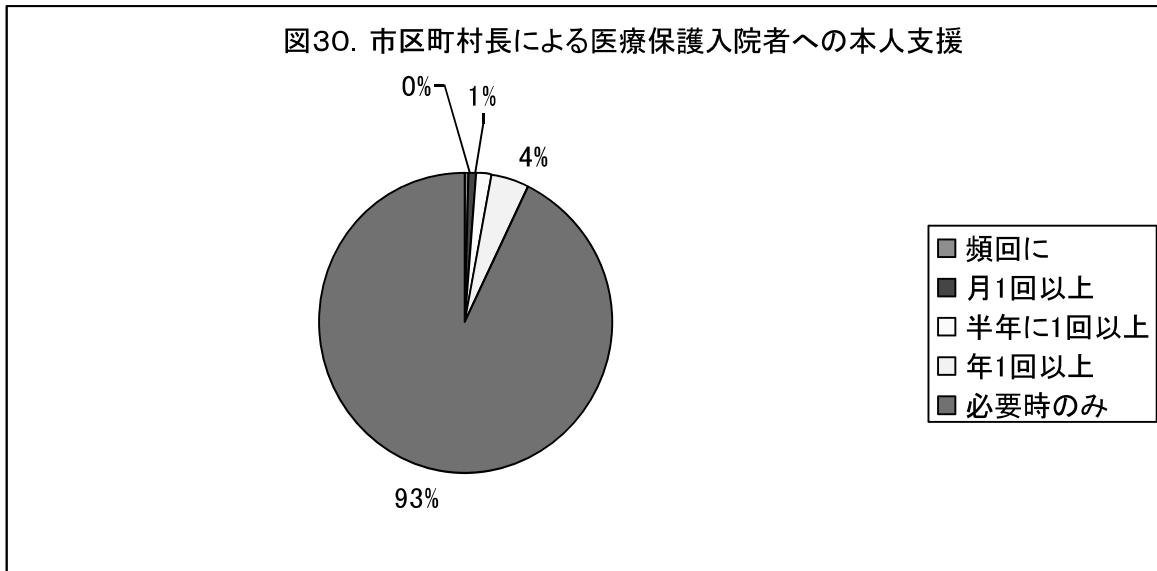
Ⅲ. 実務的で重要な論点

続いて、今回の法改正を巡って、いくつかの実務的で重要な論点に触れておきたい。それは「市区町村担当部署の強化」、「審査会の強化」、そして「認知症圏疾患の非自発的入院の扱い」の3点である。

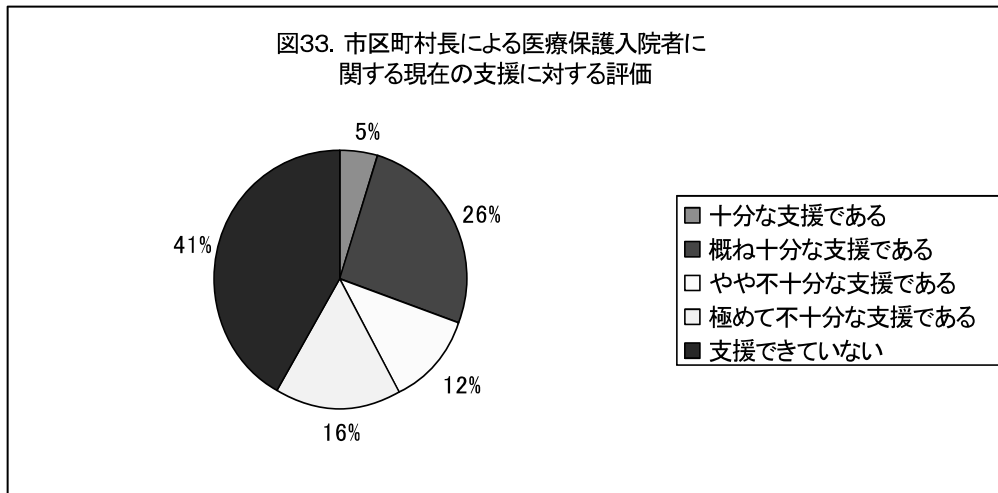
1) 市区町村担当部署の強化

やや乱暴な表現になるが、今回の改正で医療保護入院は全て「二項入院」となったとも言える。演者は、この際「全て二項入院」から「全て市区町村長同意」に進む(?)ことがより本来的ではないか、と考えている。ただし、残念ながら現在の市区町村長同意は、見事に形骸化している。また、今回の改正により、市町村長同意はその果たすべき役割がきわめて小さな限定的なものになる可能性もある。

演者は昨年、全国の市区町村長同意制度に関する実態調査を実施したが、その結果からは、市区町村の担当者は入院患者本人への支援、主治医との連携、担当コメディカルとの連携、といった保護者としての役割を、いずれもほとんど果たすことができていない実態が明らかであった³⁾。また、これらの支援、連携ができていない実情について市区町村の担当者自身はよく自覚しているが、にも関わらずその状況を変えなくてははいけない、とまでは考えていない様子も示されていた。



(日本精神神経学会 精神医療・保健福祉システム委員会による調査)



2) 審査会の強化

今回の法改正では、改正 4 項目のうちに「審査会に関する見直し」が挙げられてはいるが、審査会の強化は実質的には見送られた。したがって、次回の法改正に向けて、審査会の実質的な強化に向けて、その具体的なイメージを提示しておくことが入院患者の人権擁護の観点からは重要である。さて、演者が描く「実質的に強化された審査会」のイメージとは、「日常的に本人に会いに行くことのできる審査会」であり、「地域支援の指示を出すことのできる審査会」であり、そして「退院命令、処遇改善命令を適切に出すことのできる審査会」である。

(1) 日常的に本人に会いに行くことのできる審査会；入院直後を含め、必要に応じて病院に出向いて本人と面接し、主治医、担当ワーカー、担当看護師、そして家族なども面接して適切な決定を下すことのできる審査会が望ましいのだが、そのためには委員数を増やし、合議体数を増やす必要がある。これにはさまざまな方法が考えられるが、現実的に審査会の合議体数が不足気味となっているのは主に医療委員のなり手の不足によるものだろう。審査会の委員構成について、1988 年当時の議論を見ると、「3 名の医者が揃って、この入院は良くない、ということであれば、病院長も承服せざるを得ないであろうという考え方」と「多数決という場合には医者の意見で押し切れるということにしておこうという考え方」の両方の解釈があったとされている⁴⁾。現在でも、医療の必要性を病院側、主治医側と議論するためには医療委員でなければ難しいだろう、という意見はある。しかし、現在の精神医療審査会の審査において、現状肯定的な決定が圧倒的に多い現状を見ても分かることだが、「医療の必要性」を判断基準にすれば「入院不要」などの結論に至る可能性は低い。医療の必要性のなくなった人が入院を続けさせられているケースにはしばしば出会うが、医療の必要ない人が入院となることは現状でもそう多くはない。入院の時点で主に検討すべきは医療の必要性ではなく、「どうしても、あらゆる手段を尽くしても、あらゆる資源を動員しても、入院でしか治療できないのか」という点であろう。したがって演者は、「精神科医に頼り過ぎない精神医療審査会」が望ましいと考えている。全くの私見だが、精神医療審査会の活動において実際に見られる機能不全として「医療委員は事情がよく分かるので現状を認め」、「法律家委員は事情がよく分からないので現状を認め」、「有識者委員は事情は分かるのだが、精神科医には逆らいがたく現状を認める」という状況がしばしばあると思っている。

演者が考える「精神科医に頼り過ぎない精神医療審査会」を少し具体的に述べると、合議体構成は 1 対 1 対 1 で、これには法律改正が必要である。また、合議体委員長は原則法律家委員として、退院請求・処遇改善請求の事情聴取にはどの委員が赴いても構わない、とするが、後者には精神医療審査会マニュアルの変更が必要

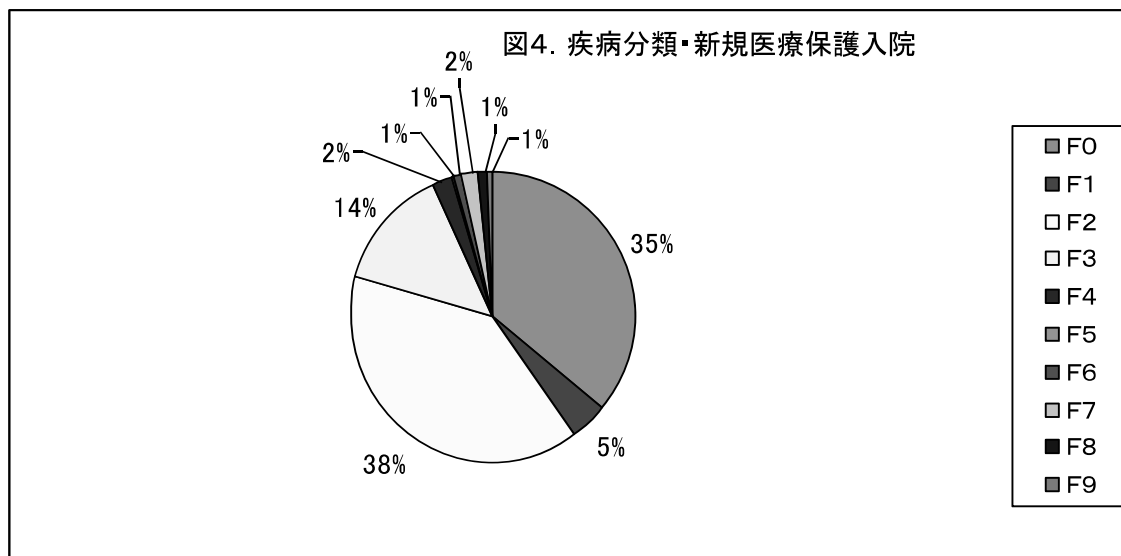
となる。

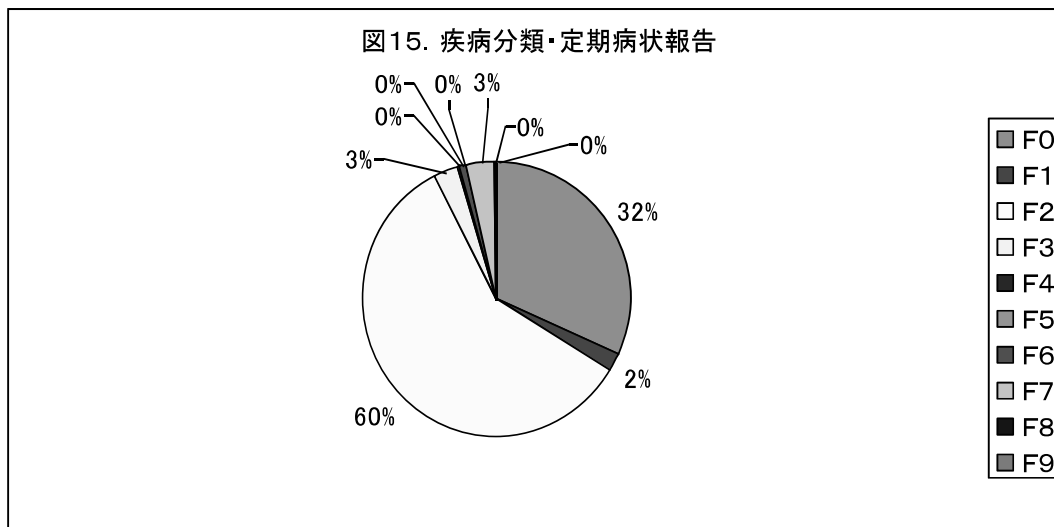
(2) 地域支援の指示を出すことのできる精神医療審査会および(3) 退院命令、処遇改善命令を適切に出すことのできる精神医療審査会；この2つは裏表になるものなのでまとめて述べる。現在の精神医療審査会は、医療的にも福祉的にも、活動の手足を持たない。精神医療審査会は審査機関なのでそれ自体が実働的な支援機能を持たないことは問題ではない。しかし、例えば退院命令を出すときに、地域での生活支援や医療継続を誰かが担う必要があるという事態が、ごく日常的に起こるはずである。このときに精神医療審査会は、退院命令を出すと同時に、地域の支援体制を組むように公的機関、民間医療機関・福祉機関に指示・要請を出し、その指示・要請が地域で速やかに実現されるようなシステムが必要である。このときの医療・福祉の支援体制をマネージメントする中心的な役割は、既存の組織で考えるのであれば保健所や精神保健福祉センターが担うべきであろう。

3) 認知症圏疾患の非自発的入院

認知症圏の非自発的入院を精神科病床での入院の対象とするについては、かなり限定的なものとするべきである。演者は精神科病床への認知症患者の入院を否定する立場は取らないが、この場合の最大の問題は、「治療的でない」入院が非常に多いという実態にある。また、前述した昨年調査から明らかなのだが、ここ数年、新規医療保護入院者に占める認知症患者の割合は年々増加傾向にある。厚生労働省の資料によると、平成 20 年 6 月 1 か月間の新規医療保護入院者 11,031 人中、認知症など F0 圏の入院者が 3,183 人 (28.9%)、統合失調症などの F2 圏の入院者が 4,637 人 (42.0%) の割合であったが、平成 24 年 3 月の調査ではその差が縮まっており、新規入院者数においては認知症圏の入院者数が統合失調症圏の入院者数を追い越しつつあるようであった(1年以上入院者では、現在でも統合失調症圏の患者が過半数を占めている)。

先に述べた強制的入院の判断基準の厳格化と明確化という観点からは、他の疾患も認知症も同じに扱うべきではあるが、精神科病床の施設的利用という問題は、特に認知症領域で目立っており、それに歯止めを掛けることは喫緊の課題であろう。





IV. おわりに

今回の精神保健福祉法改正を巡って、非自発的入院制度の見直しの視点から意見を述べた。ることである。演者の述べた内容を項目のみ挙げると、以下のようにまとめられる。

- ① 精神保健福祉法の担当領域は限られたものとするのが望ましい
- ② 強制的入院の責任主体が国家であることを明確にすべきである
- ③ 強制的入院の要件を明確に限定すべきである
- ④ 市区町村の担当部局を強化する必要がある
- ⑤ 精神医療審査会を強化する必要がある
- ⑥ 認知症圏患者への医療保護入院の適用を限定的なものとするのが望ましい

文献

- 1) 池原毅和、精神障害法、三省堂、277-283、2011
- 2) 大谷實、臨床精神医学講座 22 精神医学と法、5-7、中山書店、1997
- 2) 臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史、中山書店、1999
- 3) 精神保健福祉研究会監修：三訂精神保健福祉法詳解、中央法規出版、2007
- 4) 橋本明：精神病者と私宅監置、六花出版、2011
- 5) 呉 秀三・檉田五郎：【現代語訳】精神病者私宅監置の実況、医学書院、2012