

# 総説

## 精神保健福祉法体制のあゆみと展望 ～2013年改正の動向を含めて～

岡崎伸郎<sup>1)</sup>

1) 国立病院機構仙台医療センター 精神科

《抄録》

日本が近代国家としてのあゆみを進めてきた中で、精神科医療と精神障害者処遇は人権軽視の差別的状況を余儀なくされてきた。治療なき隔離拘束の時代から社会復帰・ノーマライゼーション重視の現代になっても、その差別的後進性は諸制度に色濃く残っている。精神保健・医療・福祉の基本法である「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」）も、様々の課題を残しながら改正を重ねて今日の姿となっているが、2013年には近年にない規模で改正される情勢となっている。それによれば、弊害が大きくなっていった従来の保護者制度を廃するものの、医療保護入院の際に家族等の同意を要件とする規定が残る。これは保護者制度に内在する問題を解決しないばかりかむしろ顕在化させ、医療現場での混乱や当事者・家族の苦悩を助長する懸念があり、現行法からの後退と言わざるを得ない。2013年改正の限界をふまえ、近い将来の抜本改正を目指して議論と実践を積み上げることが、精神保健・医療・福祉関係者の責務である。

キーワード：精神科医療、精神保健福祉法、権利擁護、保護者制度、医療保護入院

(2013年4月5日受領)

### 1 緒言

精神科医療は、上位法である医療法と特殊法である精神保健福祉法によって二重規制されてきた。一般医療と比べたときの精神科医療の後進性・特殊性が、このように別建ての法律によって施策を講じることにそれなりの根拠を与えてきたのである。精神保健福祉法が、その名の通り医療のみならず保健と福祉までカバーしようとする複合法として肥大化してきた歴史も、この領域の後進性・特殊性を表している。

精神疾患を有する人、精神障害を有する人、その家族、そして精神保健医療福祉関係者にとって、精神科医療の一般医療化と、精神障害者福祉の障害者福祉一般への統合は究極の目標である。しかし後述するようにそのハードルは高い。2013年には、近年にない規模での精神保健福祉法改正が予定されているが、課題の多くが解決に向かわずに本質的問題が温存され、むしろ部分的には現場の混乱を惹起すると危惧されている。

小論ではまず、現行の精神保健福祉法体制の成立

過程を歴史的に展望し、日本の精神保健・医療・福祉の構造的問題を浮かび上がらせる。その上で、2013 年内に予想される法改正の問題点を指摘する。さらに構造的問題の解決のためには、精神保健福祉法のみならず医療法と保険診療報酬、またいくつかの関連法を含めて一体的に改革する以外にないことを論じる。

## 2 精神病患者監護法から精神衛生法まで

日本における精神障害者の処遇は明治初期まで全く法的規制がなく、座敷牢や納屋あるいは寺社の参籠所などを含む私的な施設に隔離収容する“私宅監置”が黙認されていた。この状況は、東京帝大教授呉秀三らが後に著した歴史的文献「精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察」<sup>1)</sup>に詳しい。そして1883年、旧中村藩主相馬誠胤が精神錯乱（今日の診断では統合失調症と推測される）を理由に私宅監置されているのを不当監禁として旧家臣が告発したことが、政官界や学会、英米の新聞メディアをも巻き込む一大スキャンダルに発展した（相馬事件）。

この事件を契機として精神障害者（当時は癲狂者あるいはせいぜい精神病患者と通称された）の処遇という社会的闇の領域への関心が高まり、1900年、精神病患者監護法の成立を見た。しかしこれは精神障害者の権利擁護制度の曙とまでは言えず、公安目的法の域を出ない。つまり私宅監置を許可制として医師の診断と監護義務者（後見人、配偶者、親権者、戸主、四親等以内親族、ない場合は市区町村長）からの届け出を法定化することによって、監禁罪を阻却することを意図したに留まるのである。呉らの前掲書<sup>1)</sup>には、「本法の為に最<sup>もつとも</sup>惜むべき欠陥は、同法が精神病患者を法律上に監督し保護することのみ眼中に置いて、その医療上の監督保護に関しては何等特別の条項を制定せざりしなり」という、当時としてはまことに辛辣な指摘がある。畢竟するところこうした立法は、岡田<sup>2)</sup>や広田<sup>3)</sup>が論じたように、欧米列強との対等条約締結を目指すにあたって、我が国が近代法治国家の体を成すために最低限必要なプロセスであったと言える。

その後、西洋精神医学の移入が進んだことによって、精神疾患も治療の対象であるという考え方が広がり、精神障害者施策も監護から医療へと転換させるべきとの論調が漸く起こった。そこで1919年、内務大臣が道府県に公立精神科病院の設置を命じることができるとする精神病院法が制定された。また代用精神科病院としての私的病院も同法によって認可された。ただし私宅監置を合法化する精神病患者監護法はそのまま残されたのである。

精神病院法を根拠とした精神科病床の設置はその後財政的事情のため遅々として進まなかったが、それでも第二次世界大戦の直前には、公私立の精神科病床は約2万5千床にまでなった。しかし戦時体制とともに精神障害者の医療・保護はまったく顧慮されなくなり、戦災や経営難によって終戦時には約4千床まで減少した。もちろん問題の本質は病床が激減したということではなく、窮乏生活の中で精神障害や知的障害などの社会的弱者が最も悲惨な運命を強いられたということである。

同時期にナチス政権下のドイツでは、極端な優生思想を背景に、非生産的な存在として精神障害者や知的障害者を抹殺（安楽死と称した）することが大規模に行われた。「T4作戦」といわれるこのできごとは、国家が極秘裏に進める施策として行われ、その手続きには多くの精神科医・精神医学者が、あるいは積極的に加担し、あるいは消極的に動員された。犠牲者の数は20万人にのぼると推計されている<sup>4)</sup>。この事実はユダヤ人のホロコーストの陰に隠れがちであるが、現代ドイツの精神医学・医療にも重い十字架としてのしかり続けている。日本ではこれほど悪魔的な制度こそできなかったが、精神障害者にとって受難の時代であったことに変わりはない。

戦後、米国型の公衆衛生思想や知識が導入され、国民の健康を維持増進させることを国の責務とする新憲法が成立した。その影響下に1950年、精神衛生法が制定され、精神病患者監護法と精神病院法が廃止された。ここに至ってやっと私宅監置制度は廃止され、都道府県に精神科病院の設置が義務付けら

れた。また精神衛生鑑定医や精神衛生相談所など、現在の精神保健指定医や精神保健福祉センターの源流となる制度や公的機関が法定化された。こうしたことから精神衛生法は、現行法である精神保健福祉法の直接のルーツであると見なすことができる。

しかし精神衛生法の最大の限界は、精神科病院への入院に際して本人の意思がまったく考慮されず、家族の同意があれば特段の法的手続きもなく強制入院させられることになっていた点である。しかもそれは「同意入院」という、ある種詐欺的な名称であった。精神障害者本人に同意能力などないから、同意と言えは家族の同意を意味するというのが当時の通念であった。

1954年に厚生省（当時）が初めて実施した全国精神衛生実態調査<sup>6)</sup>では、入院を要する精神障害者約35万人に対して、精神科病床は約3万床しかないとされた。統合失調症（当時の精神分裂病）を代表とする精神障害者は隔離収容しなければ地域社会にとって危険な存在であるという公安思想が当時の国には支配的であった（そしてその偏見を現在も引き摺っている）から、精神科病床の増設こそが喫緊の課題とされたのである。そこで、精神科病院を開設する非営利法人に国庫補助できるようにする法改正が行われ、また1958年には、精神科病床の医師配置を一般病棟の3分の1、看護職員配置を当面5分の3で可とする医療法施行規則のいわゆる「精神科特例」が通達された（この差別的特例は驚くべきことに現在も続いていて、低規格・低診療報酬という精神科医療の構造的問題を固定化させている）。これらの政策誘導によって一機に、民営の精神科病院新設ブームが招来した。その後精神科病床の増加は、20世紀末の35万8千床を以て頭打ちになるまで半世紀近く続き、OECD諸国の中でも日本だけが突出した状況を呈したのである。

ちなみにこの1950年代後半とは、chlorpromazine と haloperidol を嚆矢<sup>こうし</sup>として抗精神病薬が臨床応用され、急速に普及した時代であった。これらの薬物療法の導入によって、統合失調症をはじめとする精神病の寛解導入率が飛躍的に向

上し、患者を隔離収容するだけではなく退院させ社会復帰させることが現実的課題とされるように漸くなったのであった。

こうした状況をふまえて政府内でも、精神衛生法の大改正が検討されるようになった。その矢先の1964年、親日派として知られた駐日米国大使 Reischauer, E.O. が精神障害を有する日本人青年に刺されるといふ事件が起きた（ライシャワー事件）。これを機に多くの新聞が、精神障害者の“野放し”を糾弾するキャンペーンを張った。この論調に乗って、社会にとって危険と目される精神障害者を予防拘禁する「保安処分」を立法化しようとする勢力と、これを人権侵害法として反対し、精神障害者の社会復帰促進に水を差すべきでないとする勢力との間に激しい論争が起きた（これは事実上の保安処分類似法と言える心神喪失者等医療観察法が施行された現在でも続いている<sup>7,8)</sup>）。しかも日米安全保障条約体制の堅持を国是とする当時の政権にとっては、米国への配慮という難しい政治判断を迫られる局面であった。さらに背景には、左派知識人や大学生を核として全共闘運動・安保闘争・ベトナム反戦運動へと高揚しつつある世論形成のうねりがあった。

国会での大論争の末、1965年、改正精神衛生法が成立した。これは様々の政治的妥協の産物ではあったが、旧法にない新たな施策もいくつか含んでいた。在宅精神障害者の医療を促進するための通院医療費公費負担制度（障害者自立支援法とその後継法である障害者総合支援法における自立支援医療制度に引き継がれる）、保健所の精神衛生相談機能強化、都道府県の精神衛生センター（現在の精神保健福祉センター）設置義務、などである。ただし通院医療費公費負担制度は、保健医療的観点よりも公安的観点から導入されたとする見方がある。

### 3 精神保健法の成立と展開

1984年、朝日新聞の報道によって「宇都宮病院事件」が明るみに出た。その前年、巨大民間精神科病院内で、看護職員が患者二人に暴行を加えて死亡させ、それが闇から闇へ葬られかけて発覚したとい

うのである。しかもこの病院は、医学の総本山ともいべき東大医学部精神科の医師らのパート派遣によって支えられ、東大医師らも研究材料や研究費をこの病院から得ていたこと、したがって東大医師らも患者虐待が横行するこの病院の実態を知り得たこと、などが次々に判明した。問題は一犯罪というに留まらず、医学・医療の倫理を根底から揺るがすものであった。

当初は特殊な病院で起きた特殊な事件のように扱われたが、すぐにそうではないことが明らかになった。事件をきっかけに、全国の多くの精神科病院において入院患者に対する非人道的な処遇が常態化していることが社会問題となったのである。こうした実態は国際社会からも非難されることになり、国際法律家委員会 (ICJ) と国際保健専門職委員会 (ICHP) の NGO 合同ミッションが調査のため来日する事態となった。WHO で公表されたその報告書<sup>9)</sup>では、日本の制度が精神障害者の人権保護や治療の観点から極めて不十分であること、特に入院手続や入院患者の法的保護に欠けていること、長期入院が多く地域医療と社会復帰活動に乏しいことなどを鋭く指摘している。折りしも、旧ソ連が精神医学を政治利用して、反体制思想保持者を精神科病院に監禁していることが国際問題になっており、日本政府も自国の精神科医療に巢食う人権問題を放置するわけにはいなくなった。そして「ライシャワー事件」後の 1965 年改正以来となる精神衛生法の大改正に着手したのである。

法改正に向けての議論が盛り上がる中で、当事者や家族の団体あるいは精神科医療関係団体から、新法のあるべき姿について様々な意見が出された。特筆すべき動きとしては、職種・職域・団体を横断した連帯と意見集約の必要性が広く認識された結果として、1986 年に「精神保健従事者団体懇談会 (精従懇)」が創設されたことが挙げられる。法改正に向けて精従懇が主催した「精神衛生法改正国際フォーラム」(1987 年) で採択された下記の 5 原則は、今日でもその意味を失っていない。

「精神衛生法改正国際フォーラム」宣言の 5 原則 (1987 年)

- 1.精神障害者は、人道的で、人間としての尊厳を重視し、かつ専門的な医療を受けるべきである。
- 2.精神障害者は、その精神障害を理由に差別されてはならない。
- 3.入院治療が必要な場合は、常に自発的入院が推奨されるべきである。
- 4.非自発的入院患者が引き続き入院治療を必要とするか否かを決定するために、入院から適当な期間内に、独立したトライビュナルにおいて、公正かつ非形式的な聴聞が行われるべきである。
- 5.入院患者は、可能な限り自由を享受し、他の人々と自由にコミュニケーションできるようにすべきである。

こうした内外の動きの中で 1987 年、精神保健法が成立した。精神衛生法からの大きな改正点は以下のとおりである。

法の目的に、精神障害者の人権擁護に加えて社会復帰の促進が明記されたこと。同意入院という不明確な入院形態を廃止し、本人の意思による任意入院と、本人の同意能力が損なわれている場合の医療保護入院へと再編すること。これによって精神科病院への主たる入院形態は、任意入院・医療保護入院・措置入院の三本立てとなり、それぞれの法的手続も厳密化される。医療保護入院に際しての同意権者としての保護義務者 (のちに保護者) 制度の導入。強制入院や行動制限の権限を持つ精神保健指定医 (国家資格) 制度の導入。入院中の行動制限に関する基準の整備。人権擁護機関としての精神医療審査会の創設。

その後、1993 年の一部改正をへて、1995 年の改正では「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (精神保健福祉法)」という現在の名称となり、1999 年に一部改正、2005 年の障害者自立支援法制定に伴ってさらに改正された。本稿執筆の 2013 年 3 月時点では、この 2005 年以後となる法改正が検討さ

れているところである。

#### 4 “複合法”としての精神保健福祉法

精神保健福祉法は、その長い正式名称「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」からも判るように、いくつもの目的と対象とを含んでいる。そのことが問題を錯綜させてきた<sup>10)</sup>。

一方には、一定の精神疾患に罹患して専門的医療を必要とする人を対象とし、精神科医療の適正化を目的とする保健・医療法としての側面がある。しかもその中には、入院患者の権利擁護に関する部分と、社会防衛のための公権力による強制処遇（措置入院）を規定した部分、というように極めて異質の要素を含んでいる。

もう一方には、一定の精神障害（精神疾患ではなく）のある人を対象とし、この人々のノーマライゼーションや社会参加の促進を目的とする福祉法としての側面がある。

実はこれまで法改正のたびに膨らんできたのが、主としてこの福祉部分である。具体的には、1987年の精神保健法によって初めて、精神障害者のための社会復帰施設（生活訓練施設と授産施設）が法定化された。その後1993年改正で精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化。さらに1995年改正で社会適応訓練事業（いわゆる職親）が法定化され、精神障害者保健福祉手帳制度が導入された。1999年改正では、精神障害者地域生活支援センターが法定施設となり、同時に精神障害者居宅生活支援事業として居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）と短期入所事業（ショートステイ）が法定事業に追加された。このように、もともと医療に重点が置かれていた本法が、時代とともに福祉の領域を付加して、膨大な守備範囲になっていったのである。

さらには、法第1条（目的）に「国民の精神的健康の保持及び増進」が明記されていることから分かるように、精神疾患の一次予防をはじめとする国民一般のメンタルヘルス対策をも含んでいる。

このように精神保健福祉法とは、精神疾患に罹患

した人、その結果として精神障害のある人、そして理念法に留まるとはいえ国民一般までを対象に含み、精神保健・医療・福祉を包摂する巨大な複合法体系ということになる。法の対象を規定した第5条の条文「この法律で『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。（下線筆者）」が、本法のキマイラの性格を象徴している。

一方、今日の国際社会を見れば、医療の対象としての「傷病」と、その結果生じて福祉の対象となる「障害」とを区別して対策を講じるという考え方が趨勢となっている（※「障害」を「障碍」あるいは「障がい」と表記すべきとの立場もあるが、小論では固有名詞以外は現在の法の用語に従い「障害」と表記する）。WHOにおいて、傷病の分類である国際疾病分類（ICD）とは別に、障害の種類や程度を含む生活機能全般をアセスメントするための国際生活機能分類（ICF）を策定していることは、その端的な表れと言えよう。

疾患概念と障害概念とを総論レベルでは混淆し各論レベルでは区別する、という精神保健福祉法の折衷的な性格は、法改正のたびに議論になっていたが、特に問題になったのが2005年改正である。この時、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法の三法から、それぞれ福祉制度の部分を切り離して統合し、障害者福祉を一元化する（さらに将来的には、介護保険制度との統合も見据える）というコンセプトの下に障害者自立支援法が成立した。したがってこれを機に、残った精神保健福祉法の本体部分を医療に純化する道もあったのである（筆者もこの方向性を支持していた）。しかし結果はそのようにはならず、障害者自立支援法で精神障害の程度区分を定める一方で、精神保健福祉手帳制度（一級から三級までの障害程度区分に他ならない）は精神保健福祉法に残され、逆に通院医療公費負担制度は新法に移されるなど、医療と福祉の“切り分け”はまことに中途半端なものに終わった。身体障害や知的障害の分野と大きく異なり、精神障害

者の大多数が医療の継続を要する現役の患者であるという事情が、大胆な“切り分け”を困難にしていることも否定できない。

## 5 保護者制度と医療保護入院制度のゆくえ (2013年改正の動向)

精神保健福祉法の入院形態は、本人の意思による任意入院、精神症状のため本人の同意能力が障害されている場合の非自発的入院である医療保護入院（応急入院を含む）、いわゆる自傷・他害の惧れが逼迫している場合に精神保健指定医 2 名の判断のもと都道府県知事・政令市長の命令によって行う措置入院、という三本立てとなっている。入院患者数からいけば、任意入院約 6 割、医療保護入院約 4 割、措置入院は約 1%となっている。

自発的入院である任意入院と、公権力による強制入院である措置入院との間に、法定の保護者の同意を要件とする医療保護入院という中間的形態を置く考え方、またその基盤となる保護者制度というのが、旧来の日本的家族制度に依存しているとの批判が古くからあった。保護者制度は、先に述べた精神病患者監護法（1900 年）における監護義務者制度の残滓でもあった。

医療保護入院は、国家資格である精神保健指定医 1 名の入院必要性判断と、法定の保護者の同意によって成立する。保護者になれるのは、順番に、成年後見法で規定する後見人・保佐人、配偶者、親権者（当事者が未成年である場合）、民法で規定する扶養義務者（直系血族、同胞、三親等内の親族から家庭裁判所が選任する者）、そのいずれもない場合は居住地の市区町村長である。保護者には入院の同意権だけでなく、治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師の診断行為への協力義務、医師の指示に従う義務、措置入院解除者の引き取り・保護義務、などいくつかの義務が規定されている。

ところが近年の日本社会では、少子高齢化の進展とともに家族の機能が衰弱し、特定の家族に患者の保護義務や権利擁護の役割を負わすことが困難に

なってきた。家族が強制入院に同意することで、本人と家族との間に修復し難い確執を残すことも大きな問題であった。また主治医としては、法的規定はないものの保護者である家族が承諾しなければ患者を退院させにくいという事情もあった。つまり保護者の存在が退院促進でなく退院阻害要因にすらなりかねないという悲しい現実である（これは言うまでもなく、精神障害者が地域で生活するための社会資源が未だ貧困であることに大きな原因があるのだが）。さらには、市区町村長同意制度が形骸化していて、保護者になる家族がない場合の名義貸しに過ぎないことも、重大な人権問題と言わなければならない。こうした保護者制度の制度疲労と弊害については、筆者らが計画して日本精神神経学会が行った大規模調査<sup>11)</sup>の結果に詳しい。

さて、保護者制度の機能不全とそれに代わる権利擁護制度検討の必要性については、既に 1999 年改正の際に、衆参両院の附帯決議に明記されており、国政レベルで問題の所在が確認されて久しい。それにもかかわらず具体的取り組みは遅々として進まなかった。

議論が加速したのは、民主党を中心とする政権が発足した後の 2009 年 12 月、内閣府の所管で新設された「障がい者制度改革推進会議」の活動によるところが大きい。この会議は、構成員の過半数が障害当事者や家族であることなど、それまでにない特徴を持っており、一種の高揚感をもって精力的な議論が展開された。

「推進会議」の眼前の課題は、いわゆる応益負担など当事者や家族から批判の多かった障害者自立支援法の見直しであったが、より大きくは、国連の障害者権利条約の批准に向けた国内諸制度の見直しであった。そしてその重要な各論として、精神保健福祉法体制についても多くの時間が割かれた。特に非自発的入院制度が大きく取り上げられ、障害者権利条約をクリアできるか否かの検証が行われた（国際条約とは、一旦批准すれば憲法には優位しないが国内諸法の上位という重い位置づけとなる）。その中では、保護者の同意による強制入院が障害者

権利条約でいう「自由の剥奪の根拠」として薄弱であること、精神科医療における強制介入を救命救急など緊急やむを得ない場合と同等に解釈することには見直しが必要であること、などの意見が大勢を占めた。

こうした「推進会議」の動向を見ながら2010年6月に閣議決定された「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」では、「精神障害者に対する強制入院制度と強制医療介入の在り方について、保護者制度の見直しを含めて、2012年度内を目途に結論を得る。」（下線筆者）としている。

これをふまえて厚生労働省内に、外部有識者や当事者・家族らで構成される「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が設けられ、その第3ラウンドのテーマが「保護者制度と入院制度」とされた。

「検討チーム第3ラウンド」が2012年6月に提出した「論点整理」には、精神保健福祉法改正を前提とした保護者制度と医療保護入院制度の見直し案が含まれており、それによれば、医療保護入院は精神保健指定医1名の判断によるという現行の枠組みを維持した上で、保護者による同意を必要としない入院手続きとする、としている。

これを受けて厚生労働省は省内検討に入り、関係者は固唾を飲んで見守った。法的拘束力のない「検討チーム第3ラウンド論点整理」を国がどう扱うかが注目されたのに加えて、2012年12月の総選挙によって再び政権交代が起きたことの影響も予断を許さなかった。そして2013年1月には以下に示すような改正法案の概要が明らかになったのである。順調にゆけば改正法案は2013年の通常国会に上程され、成立すれば、一部を除いて2014年4月に施行となる。

「精神保健福祉法」2013年改正の概要（省令改正事項を含む）

- 1.厚生労働大臣は、精神病床の機能分化等精神科医療の提供に関する指針を定める。（大臣告示）
- 2.保護者に関する規定を削除する。

### 3.医療保護入院の見直し

(1)医療保護入院における保護者の同意要件を外し、代わりに、家族等（\*）のうちいずれかの者の同意を要件とする。（\*「家族等」とは、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人・保佐人をいう（優先順位なし）。「家族等」がない場合に市区町村長が同意できる制度は残す。）

(2)精神科病院の管理者に、医療保護入院者の退院後の生活についての相談指導を行う者（精神保健福祉士等を想定）の選任、医療保護入院者の退院促進についての体制整備、その際に本人・家族を援助する事業者（一般相談事業者、特定相談事業者、居宅介護支援事業者等を想定）との連携を義務付ける。

(3)院内に委員会を設置し、推定入院期間の終了時に期間の更新等を審査する（省令）

(4)精神科病院の管理者に、本人・家族から求めがあった場合に(2)の事業者を紹介する義務を課す。

(5)医療保護入院届の記載事項に、推定入院期間及び治療方針を追加する。（省令）

(6)医療保護入院の定期病状報告の記載事項に、「退院のために必要な支援や環境調整等」を追加する。（省令）

(7)家族等（いない場合の市区町村長を含む）が退院等の請求を行うことができる。

### 4.精神医療審査会の見直し

委員要件の「その他の学識経験を有する者」に代えて、「精神障害者の保健又は福祉に学識経験を有する者（精神保健福祉士、保健師等を想定）」とする。

### 5.医療保護入院等のための移送

移送における保護者の同意要件を外し、家族等うちのいずれかの者の同意を要件とする。

6.市町村等に後見等を行う者の家庭裁判所への推薦に関する努力の義務を課する。

さて、紙幅の関係上、保護者制度と医療保護入院の入り口部分（筆者下線）に絞ってこれを評価すれ

ば、「保護者制度は廃止するが、家族の同意要件は残す」というのは、むしろ現行法からの後退と言わざるを得ない。厳しく表現すれば「検討チーム第3ラウンド論点整理」に対する背信であろう。

これまで保護者制度の廃止が叫ばれてきたのは、家族制度の桎梏から非自発的入院のプロセスを解放するのがその眼目であって、保護者という法律用語をなくすかどうかの本質ではなかったはずである。しかるに家族の同意要件を残すというのでは問題の本質の温存である。そればかりか、入院に同意した家族と同意しない家族の間の対立が医療現場で顕在化したり、そうした対立が精神医療審査会にこぞって持ち込まれたりという混乱を惹起する危険がある。これを避けようとするれば、国は非常に複雑で姑息的な通知を出さざるを得なくなるだろう。

後知恵ではあるが、「検討チーム第3ラウンド」では、保護者制度の廃止については異論がなかったものの、それに代わる本格的な公的権利擁護制度の具体案をまとめ切れなかった憾みがある。しかも医療保護入院は精神保健指定医1名の医療判断によるという前提に立ったので、その後の省内検討で、“合わせ技”として誰かの同意要件を残す余地を与えたのである。議論の中では、保護者の同意要件を外す代わりに精神保健指定医2名の判断を要することとする案も検討されたようだが、入院件数の多さからしても精神保健指定医2名を即時に手配することが困難であるとの異論があり、断念されたようである。また、精神科医療政策の決定に少なからぬ影響力を持つ日本精神科病院協会サイドから、家族の関与をなくして精神保健指定医1名のみで非自発的入院の責任を負わせることに対して難色が示されたことで、厚生労働省の姿勢が変化したとも言われている。こうしたことを含めて、この間に生じた政権構造の変化が法改正の動向にも微妙な影響を与えた可能性を否定できない。

ちなみに日本弁護士連合会は、医療保護入院を精神保健指定医2名の判断として、保護者制度を廃止すべきとの内容を含む意見書を2012年12月に提出し<sup>12)</sup>、日本精神保健福祉士協会も2013年2月、

家族の同意要件を残すことに反対する声明を出している<sup>13)</sup>。

## 6 今後の進むべき方向性（結語に代えて）

精神保健福祉法2013年改正の限界は、実は永田町と霞が関だけの問題ではない。私たち精神保健医療福祉関係者が、保護者制度に代わりそれを超えるような公的権利擁護制度を、リアリティをもって追求してこなかったツケなのである。さらに銘記すべきは、2013年改正の議論が保護者制度や医療保護入院の入り口問題に集中した結果、その他の重要課題や精神科医療の構造的問題の解決がまたもや先送りされてしまうことである。

はじめに述べたように精神科医療の一般医療化が当事者・家族を含む関係者の究極の目標とすれば、私たちは2013年改正法の局所的な批判にとどまるのではなく、近い将来に精神保健福祉法体制全体を抜本改革することを目指して、議論と実践を積み上げる必要がある。

大きな課題だけを挙げておくと、まず強制医療介入や行動制限については、これが精神科医療だけでなく、例えば認知症やせん妄患者の身体拘束など一般医療の場でもしばしば行われている現状に鑑みて、精神保健福祉法という特殊法で扱うのではなく医療法の中で適正手続を規定すべきである（意外なことに現行の医療法にはそれが無い）。

また、非自発的入院の枠組みであるが、現行制度では心神喪失者等医療観察法による入院と、精神保健福祉法による措置入院・医療保護入院（応急入院を含む）という三本立てになっているところ、その妥当性について立法の理念にたち帰って見直すべきである。

さらに現在の医療保護入院は、非自発的入院であるにもかかわらず本人の保険診療であるという根本的矛盾を抱えているので、これを公費化する道を探らなければならない。

自発的入院である任意入院については、通常の医療法の枠に移行させるべきであるが、そのためには、医療法施行規則による人員配置の「精神科特例」を

明確な経過措置期間をもって撤廃し、同じく医療法施行規則の「施設外収容禁止条項」（精神障害者を原則として精神病床以外に収容してはならないとする差別規定）の撤廃も行わなければならない。

この場合、人員配置だけを引き上げるのでは医療経済的に成り立たないので、保険診療報酬の是正も並行しなければならない。保険診療報酬の一般医療化に関しては、医療保護入院の公費化と同様に財政破綻を招くとの反論が当然あるが、一方で入院期間の短縮を促して医療費を抑制する効果も大きいので、本格的な医療経済的シミュレーションを急ぐ必要がある。

このように、精神科医療の構造的問題を解決するためには、精神保健福祉法のみならず医療法や関連諸法、そして保険診療報酬まで含めた一体的改革を断行する以外にない<sup>14)</sup>。これは一機に行うことは難しいが、段階的にはあっても一体的に行う必要があり、具体的な改革のロードマップに基づいた取り組みが要請される。

## 9 文献

- 1) 呉秀三，榎田五郎：精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察 東京，新樹会創造出版 2000（1918 初出の復刻版）
- 2) 岡田靖雄：日本精神科医療史 東京，医学書院 2002；pp130-138
- 3) 広田伊蘇夫：立法百年史－精神保健・医療・福祉関連法規の立法史－ 東京，批評社 2004；pp15-25
- 4) 小俣和一郎：ナチスもう一つの大罪－「安楽死」とドイツ精神医学－ 京都，人文書院 1995
- 5) 小俣和一郎：ナチ政権下における精神医療 臨床精神医学講座 22「精神医学と法」所収 東京，中山書店 1997；pp157-176
- 6) 厚生省：全国精神衛生実態調査 1954
- 7) 岡崎伸郎，高木俊介編：動き出した「医療観察法」を検証する 東京，批評社 2006
- 8) 岡崎伸郎：地域精神保健における医療観察法の宿命的異質性 臨床精神医学 2009;38:661-665
- 9) 国際法律家委員会（広田伊蘇夫，永野貫太郎監訳）：精神障害患者の人権－国際法律家委員会レポート－ 東京，明石書店 1986
- 10) 岡崎伸郎：精神保健福祉法の根本問題－抜本的見直しに向けた論点整理－「精神保健医療福祉の根本問題」（岡崎伸郎編）所収 東京，批評社 2009；pp31-59
- 11) 日本精神神経学会 精神医療・保健福祉システム委員会：医療保護入院制度および保護者制度に関する全国調査－市区町村長同意制度を中心に－精神神経学雑誌 2013;115:207-230
- 12) 日本弁護士連合会：精神保健福祉法の抜本改正に向けた意見書 2012
- 13) 日本精神保健福祉士協会：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正に関する意見 2013
- 14) 岡崎伸郎：医療観察法の解消と精神保健医療体制の再構築はワンセットである 「精神保健・医療・福祉の根本問題 2」（岡崎伸郎編）所収 東京，批評社 2011；pp32-45