

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	医療保護入院制度—その変遷と今後—
他言語論題 Title in other language	Hospitalization for Medical Care and Protection: Its History and Future
著者 / 所属 Author(s)	岡村 美保子 (Okamura, Mihoko) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 社会労働調査室主任
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	798
刊行日 Issue Date	2017-07-20
ページ Pages	01-22
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	精神障害者の非自発的入院制度の一つである医療保護入院は、家族等の同意と精神保健指定医の診察を要件としている。我が国の精神科医療の歴史を概観しつつ、当制度の論点を整理する。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

医療保護入院制度

—その変遷と今後—

国立国会図書館 調査及び立法考査局

専門調査員 社会労働調査室主任 岡村 美保子

目 次

はじめに

I 精神障害者の処遇の変遷

- 1 戦前の私宅監置
- 2 精神科病院への収容
- 3 入院医療中心から地域生活中心へ

II 医療保護入院の現状

- 1 精神科病院の入院制度の概要
- 2 医療保護入院

III 医療保護入院の強制性と人権擁護

- 1 強制医療の根拠
- 2 医療保護入院の正当性
- 3 権利擁護システム
- 4 障害者権利条約

IV 医療保護入院と家族

- 1 保護者制度
- 2 成年後見制度との関係
- 3 「家族等」の範囲
- 4 医療保護入院と「家族等の同意」
- 5 家族への暴力

おわりに

要 旨

- ① 精神障害者に関しては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に、精神科病院への入院等、精神科医療に関する特別な手続と、福祉サービスに関する事項が定められている。

同法は、明治期に制定された「精神病者監護法」を源流とし、戦後「精神衛生法」として制定された後、題名を含む改正を繰り返して現在に至っている。

- ② 我が国の精神障害者の処遇に関しては、戦前の私宅監置から、戦後の精神科病院の増設を経て、世界的に見ても多数の精神科病院入院患者が存在する状況となっている。

- ③ 精神科医療においては、対象となる精神障害者に病識がない場合等にも強制的に診療を加え、あるいは行動の自由を制限する必要があるという考え方から、非自発的入院制度等、強制医療が法的に容認されている。医療保護入院はこうした非自発的入院制度の一つで、家族等の同意と精神保健指定医の診察を要件として、本人の同意を得ることなく精神科病院に入院させる制度である。医療保護入院は、現在精神科病院における入院の半数弱を占めている。

- ④ 非自発的入院制度は、他国でも見られるが、我が国の場合、戦前から続く、家族等に精神障害者の保護の責任を負わせるという「保護者制度」が、最近まで存置されていた点が特徴である。平成 25 年にこの「保護者制度」は廃止されたが、医療保護入院の要件に「家族等の同意」が残った。

- ⑤ 保護者制度廃止や障害者権利条約批准等を機に、医療保護入院制度そのものの是非や患者の権利擁護システムに関する議論が行われている。

- ⑥ また、医療保護入院における家族の制度上の位置付けについて、成年後見制度との関係等も含め、課題がある。

- ⑦ 家族は精神障害者の処遇にとって依然重要な存在ではあるが、少子高齢化の進展や家族の多様化等により、医療保護入院制度の在り方の変革が求められている。

はじめに

精神障害者に関しては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」⁽¹⁾）という法律があり⁽²⁾、精神科病院⁽³⁾への入院等、精神科医療に関する特別な手続と、福祉サービスに関する事項が定められている。同法は、明治期に制定された、精神病患者を監督し保護することを目的とし、そのための手続と方法を定めた「精神病患者監護法」（明治 33 年法律第 38 号）をその源流とする。戦後、精神障害者の医療及び保護を行い、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とするものとして、当初「精神衛生法」として制定された。その後、ライシャワー事件⁽⁴⁾のような精神障害者が起こした事件や、一方では内外の人権意識の高まりを契機として、改正を繰り返し、昭和 62 年にはその内容とともに題名が「精神保健法」⁽⁵⁾に改正され、さらに平成 7 年に現在の題名となり⁽⁶⁾、精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策を充実させるための「保健及び福祉」の章の新設、精神障害者保健福祉手帳制度の創設等が行われた。⁽⁷⁾

このような変遷があるものの、やはりこの法律の中核は、精神科医療を適切に実施することにより、同法は、精神科医療は対象となる精神障害者に意思能力ないし社会的適応力が十分でない場合にも、患者の利益のために強制的に診療を加え、あるいは行動の自由を制限する必要があるという考え方から、こうした強制医療の手続や内容を定めるものとなっている⁽⁸⁾。精神科医療に関しては、我が国のみならず、他国においても強制医療が容認されているが、我が国の場合、戦前から続く、家族等に精神障害者の保護の責任を負わせるという、他国にはあまり例のない制度⁽⁹⁾が平成 25 年改正⁽¹⁰⁾まで続いており、本人の同意なしに行われる入院（非自発的入院）の一形態であり、入院の必要性について適切な判断ができない状態にある者に対して行われる医療保護入院では、家族等がなる「保護者」の同意が要件とされていた。同改正でこの「保護者制度」は廃止されたものの、医療保護入院の要件として「家族等の同意」が改めて規

* 本稿におけるインターネット資料の最終アクセス日は、2017（平成 29）年 6 月 15 日である。

- (1) 以下において、条を示すために単に「法」とした場合、同法を指す。
- (2) 同法では、精神障害者は「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」と定義されている（第 5 条）。戦前の法令では、「精神病患者」とされていた。
- (3) 「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 94 号）により、それまで「精神病院」と呼称していたところ、「精神科病院」とすることとなった。
- (4) 昭和 39 年、駐日アメリカ大使が統合失調症の少年に刺されて負傷した事件。精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、事件の責任をとって国家公安委員長が辞任した。（「ライシャワー大使刺される 19 歳の“異常者”逮捕」『毎日新聞』1964.3.24, 夕刊等）
- (5) 「精神衛生法等の一部を改正する法律」（昭和 62 年法律第 98 号）による。
- (6) 「精神保健法の一部を改正する法律」（平成 7 年法律第 94 号）による。
- (7) 平成 25 年改正までの同法の変遷の概略については、岡村美保子「我が国の障害者施策—障害者権利条約の批准のための法整備を中心に—」『レファレンス』777 号, 2015.10, pp.51-53. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9516703_po_077702.pdf?contentNo=1> を参照。
- (8) 大谷實『精神保健福祉法講義 新版 第 2 版』成文堂, 2014, p.35.
- (9) 日本以外では、1990 年に台湾で成立した精神保健法が、家族等に専門医師の診断又は鑑定により重度精神障害者とされた者の保護義務を課す保護人制度を設けている（町野朔ほか「台湾における精神保健医療制度に関する調査・研究」『精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究—平成 25 年度-平成 27 年度総合研究報告書—（厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業））』2016, pp.187-242.）。
- (10) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」（平成 25 年法律第 47 号）

定された。

保護者制度については長年批判が行われ、ついに廃止に至ったものの、医療保護入院に「家族等の同意」要件が残ったことから、現在もなお、議論がある。平成29年の第193回国会にも精神保健福祉法改正法案⁽¹¹⁾が提出されたが、この改正案では、措置入院（医療及び保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあると認められた精神障害者を、都道府県知事（指定都市の市長）の権限により強制的に入院させるもの）等に関する事項が中心で、医療保護入院制度については若干の改正が加えられているに過ぎない。

同改正案では、附則において施行後5年以内の検討が規定されており（附則第10条⁽¹²⁾）、制度改正の議論は今後も続くことになる。本稿では、精神科病院における入院患者数の半数弱を占める医療保護入院につき、保護者制度の沿革を含め概観し、問題点を整理する。

I 精神障害者の処遇の変遷

医療保護入院とは、措置入院のように「自傷他害のおそれ」のために強制的に入院させる必要があるということではないが、医師が入院治療が必要と判断したにもかかわらず、本人が同意しない場合に、本人の意思に反して入院させるというものである。医療保護入院についての解説に入る前に、我が国における精神障害者の処遇の変遷を振り返る。我が国の精神障害者の処遇については、戦前の私宅監置から、戦後の精神科病院の増設を経て、世界的に見ても多数の精神科病院入院患者が存在する状況となった。近年、他国の趨勢から遅れたものの、「施設から地域へ」との政策転換が行われている。

1 戦前の私宅監置

明治4年の「戸籍法」（明治4年太政官布告第170号）による戸籍制度では、区長、戸長という行政単位の吏員が戸主を通じて国民を管理していた。当時制定された警視庁布達等では、「狂病を発した者が害を及ぼさないよう嚴重監護」することを家族に義務付けており、私宅監置（自宅での監禁）も認めていた。⁽¹³⁾

精神障害者の保護を特別に定めた最初の法律は、精神病者監護法である。同法は、精神病者を監督し保護することを目的とし、そのための手続と方法を定めるものであった。同法は、家族等の中から監護義務者を定め、精神病者を監護させた。これが保護者制度の源流である。監護義務者には監置の権限を与え、これを許可制として各種届出も義務付けた。行政庁は、必要と認める場合には許可を取り消し、監置の廃止や方法・場所の変更を命じることができた。私宅監置室、公私立の精神病院、病院の精神病室の使用も行政庁の許可がなければできず、これらの施設の構造設備・管理方法は命令で定めるものとされた。

(11) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」（第193回国会閣法第34号）。平成29年5月17日に、参議院本会議で賛成多数により修正議決され、衆議院に送付された。

(12) 参議院での修正により、附則の検討規定について、この法律の施行後5年以内の検討を、施行後3年を目途としての検討に改めるとともに、精神科病院に入院している者及びこれを退院した者の権利の保護の観点から、検討事項に、医療保護入院者の退院後の医療その他の支援の在り方、非自発的入院者の権利の保護に係る制度の在り方等が追加されることとなった。また、参議院厚生労働委員会において、医療保護入院に関わる事項を含んだ附帯決議が付された。（第193回国会参議院厚生労働委員会会議録第16号 平成29年5月16日 pp.27-29.）

(13) 中谷陽二『刑事司法と精神医学—マクノートンから医療観察法へ—』弘文堂、2013、pp.217-219.

精神病患者監護法制定に先立ち、明治8年に日本初の公立精神科病院である京都癲狂院（てんきょういん）が、明治12年には東京府癲狂院が設立され、明治11年には私立の精神科病院も設立されるようになっていたが、その数はごく少数であり、当時大多数の精神障害者は自宅に監禁され、家族の世話を任されていた。精神病患者監護法は、欧米諸国との不平等条約を改正するための国内法整備の一環でもあったが、提案理由としては、「民法」（明治29年法律第89号）に規定するところは主に財産上の保護であるため⁽¹⁴⁾、同法を制定することにより精神病患者の身体を保護し、併せて社会に及ぼす「患害」を防いで精神病患者に関する自他の保護を全うすることとしている⁽¹⁵⁾。

なお、私宅監置にされた者に関する調査によると、「監置の理由」には、今日であれば「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」）の対象となる「重大な他害行為」が少なくない。当時既に旧刑法が心神喪失による責任無能力を定めていたにもかかわらず、免罪された精神病患者の事後の処遇が刑法にも精神病患者監護法にも定められていなかった中で、こうした者も私宅監置されていた。⁽¹⁶⁾

2 精神科病院への収容

(1) 精神病院法の制定

明治34年に、我が国における精神医学の先駆者といわれる呉秀三が留学から帰国して東京帝国大学教授に就任、翌年精神病患者慈善救治会を設立し、日本で初めての精神保健運動を展開した。日本神経学会も発足し、無拘束医療の実践や作業療法の導入が行われた。その後、各種の実態調査が行われ、精神病患者の実態が明らかにされ、収容施設の整備拡充の必要性が認識されて、大正8年、「精神病院法」（大正8年法律第25号）が制定されるに至った。

精神病院法は全8条の法律で、①主務大臣（内務大臣）は道府県に精神病院の設置を命じることができること、②地方長官⁽¹⁷⁾は、精神病患者監護法により市（区）町村長が監護すべき者、司法官庁（裁判所）が特に危険のおそれがあると認めた犯罪者、療養の道がない者、その他地方長官が特に入院の必要を認める者をこれらの精神病院に入院させることができること、③国庫がこれらの精神病院の経費の6分の1ないし2分の1を補助すること、④これらの精神病院の長が主務大臣の定めるところにより入院者に対して監護上必要な処置を行うことができること、⑤地方長官は、入院者からの徴収ができないと認めるときには扶養義務者から入院費を徴することができること、⑥道府県設置の精神病院を地方長官の具申・主務大臣の認可により①による精神病院とみなすこと、⑦必要と認める場合には、公私立精神病院を①による精神病院の代用とすることができること、⑧この法律による処分不服のある者は訴願することができること、が定められた。

しかし、主として国の財政難等により、公立精神病院の建設は遅々として進まず、第2次世界大戦終結時までには5府県で設置されるにとどまった⁽¹⁸⁾。

(14) 親族編中に規定された禁治産制度の中に、精神障害者の療養看護に関わる規定（民法旧第922条）が置かれている。これは、禁治産者を病院に入れるか私宅監置にするかを後見人が定めるとしているが、禁治産者の資力をどのように療養看護に振り向けるかという財産の用途を定める規定であった。（久保野恵美子「精神障害者と家族—保護者制度と成年後見—」水野紀子編『社会法制・家族法制における国家の介入』有斐閣、2013、pp.139-141.）

(15) 第14回帝国議会貴族院議事速記録第12号 明治33年1月20日 p.181.

(16) 中谷 前掲注(13)、pp.225-226.

(17) 旧憲法下における府県知事、東京都長官及び北海道庁長官の総称。

(2) 精神衛生法下での状況

第2次世界大戦前後、食糧・物不足のため多くの精神障害者が栄養失調で死亡した。こうした劣悪な状況の改善の必要とともに、欧米の精神科医療に関する知識の導入、公衆衛生の向上を国の責務とした新憲法の成立により、法改正の機運が高まり、昭和25年、精神病者監護法と精神病院法を廃止して、精神衛生法が制定された。

精神衛生法は、精神障害者の医療及び保護を行い、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とするとされた。都道府県に精神病院の設置を義務付け、ただしその代替として厚生大臣（当時）の承認を受けて都道府県知事が私立の病院を指定病院（都道府県が設置する精神病院に代わる施設）とすることを認めた。同法はまた、保護義務者（後の保護者）の制度、一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度、自傷他害のおそれのある精神障害者の措置入院の制度、保護義務者の同意による入院の制度（同意入院、後の医療保護入院）、精神障害の診断に時日を要する場合の仮入院の制度、保護拘束の制度⁽¹⁹⁾（後に廃止）、措置入院の医学的判定を行う精神衛生鑑定医の制度を新設した。措置入院の費用は公費負担とされた。保護拘束の場合を除き、精神病院又は他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に精神障害者を収容することを禁じ、私宅監置は、精神病院に入院させることができないやむを得ない事情がある場合に限り、法律施行後1年間のみ継続可とした。また、精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上のため、都道府県等による精神衛生相談所の設置、厚生省（当時）の附属機関である精神衛生審議会の設置について規定した。

昭和29年7月に厚生省（当時）が実施した全国調査（第1回精神衛生実態調査）⁽²⁰⁾において、調査日現在、入院中の者を除く在宅の精神障害者数は総数127万人、このうち「要施設収容」総数43万人と推計された。戦火による消失や経営難で約4千床にまで減少していた精神病床は、当時約3万床となっていたが、同年の法改正⁽²¹⁾により非営利法人の設置する精神病院の新設及び運営に要する経費に対する国庫補助が定められ、また、医療金融公庫⁽²²⁾が設立されたことから、病床が急速に増加し、昭和35年には8万5千床に達していた。また、昭和36年の法改正⁽²³⁾で、措置入院費の国庫負担率の引上げが行われた⁽²⁴⁾。⁽²⁵⁾

(18) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編『精神保健福祉行政のあゆみ—精神衛生法施行五十周年（精神病者監護法施行百周年）記念—』中央法規出版、2000、p.6.

(19) 自傷他害のおそれのある精神障害者につき、入院を要するが直ちに精神病院に収容できないやむを得ない事情がある場合に、保護義務者が都道府県知事の許可を得て精神病院以外の場所で保護拘束を行うことができるもの。

(20) 厚生省公衆衛生局監修『わが国における精神障害の現状—昭和38年精神衛生実態調査—』大蔵省印刷局、1965、pp.30-35に概要が記されている。

(21) 「精神衛生法の一部を改正する法律」（昭和29年法律第179号）

(22) 「国民の健康な生活を確保するに足りる医療の適正な普及向上に資するため、私立の病院、診療所等の設置及びその機能の向上に必要な長期かつ低利の資金であつて、一般の金融機関が融通することを困難とするものを融通すること」（「旧医療金融公庫法」（昭和35年法律第95号）第1条）を目的として設立された全額政府出資の政府金融機関。

(23) 「精神衛生法の一部を改正する法律」（昭和36年法律第66号）

(24) 精神障害者の治療には長期入院による高額な医療費を必要とするものが多いため、十分な入院治療が行われず、また、患者世帯が貧困階層へ転落していくことが多いこと、社会不安を除去する見地からその医療・保護の徹底を期す必要があることから、国庫負担率の引上げにより都道府県における必要な予算化を容易ならしめ、入院措置制度の円滑化を図ることが、提案理由として挙げられている（第38回国会衆議院社会労働委員会議録第7号 昭和36年2月22日 p.5.）。

こうしたことを受け、その後も精神科病院は増え続けた。

(3) 欧米諸国と我が国の相違

他国に比べ、我が国は精神科病床数が多く⁽²⁶⁾、民間病院が多いのが特徴である。

20世紀前半まで、欧米諸国では、精神障害者の多くが巨大な精神科病院に収容され、低レベルの医療と人権を軽視した取扱いを受けていたが、20世紀後半から、これらの国々で精神科医療改革が行われ、「脱施設化」が進んだ。イタリア、アメリカ、オーストラリアは、反精神科病院運動が盛んで、市民運動等により政治が動き、脱施設化が推進された。アメリカは1963年にケネディ（John Fitzgerald Kennedy）大統領の「精神疾患及び精神遅滞に関する大統領特別教書」⁽²⁷⁾によって脱施設化が始まり、反戦運動で勢いを得た学生運動、市民運動が脱施設化の後押しをした。北欧諸国やイギリスなど、税方式による医療保障制度を採用している国々では、脱施設化に伴って病院からコミュニティへ財源を移すことは容易であり、次々とコミュニティ施設とスタッフが整備された。精神科医療の提供は公的病院主体で行われていたため、政府の直接命令で病床削減・病院閉鎖が可能であり、強い抵抗を引き起こすことなく脱施設化が着実に進んだ。一方我が国は、先進諸国で脱施設化が始まった時代に精神科病院建設ラッシュに沸くことになった。家族は病院への収容を望み、国は医療金融公庫の貸付けと公費による措置入院制度で病院経営を経済的にバックアップし、民間精神科病院は病床の急速な増加で収容の需要に応えた。⁽²⁸⁾

3 入院医療中心から地域生活中心へ

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」⁽²⁹⁾が平成14年12月にまとめられたのを機に、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が発足し、平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」⁽³⁰⁾が示された。このビジョンは、基本方針として、精神保健福祉施策を「入院医療中心から地域生活中心へ」としていくため、「当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深めるよう意識の変革に取り組むとともに、地域間格差の解消を図りつつ、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」⁽³¹⁾とし、10年のうちに受入条件が整えば退院可能とされる約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図るとした。

(25) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編 前掲注(18), pp.9-10.

(26) OECDの調査（Making Mental Health Count 2014）では、精神科病床数はOECD平均10万人当たり68床であるところ、我が国は269床である。ただし、これらの中には他のOECD諸国では精神科病床に含まれない「長期入院病床」が含まれることに留意が必要なことも指摘されている。（OECD「日本の精神科医療は他国に比べて「脱施設化（deinstitutionalisation）」の点で遅れをとっている」2014.7.8. <http://www.oecd.org/tokyo/newsroom/documents/20140708MakingMentalHealthCount_CountryNote_Japan_J.pdf>）

(27) “Message from the President of the United States relative to Mental Illness and Mental Retardation.”

(28) 松下正明総編集『専門医のための精神科臨床リュミエール 22—世界における精神科医療改革—』中山書店、2010、pp.2-7.

(29) 「社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」」2012.12.19. 厚生労働省HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7g.pdf>>

(30) 精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」2004.9. 同上 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>>

(31) 同上、p.1.

また精神保健福祉法の平成 25 年改正に合わせ、平成 26 年 3 月には、「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」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）が公布された。この指針は「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に沿って示されたもので、その実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者に対し、目指すべき方向性を定めるものである。ここでは、精神障害者の退院後の地域生活支援を強化するため、外来医療や多職種（医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等）による訪問支援（アウトリーチ）等の充実、24 時間 365 日対応できる医療体制の確保等が示されている。

しかし、厚生労働省に設置された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」が平成 26 年 7 月に公表した「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」⁽³²⁾は、精神科入院医療の現状につき、1 年以上の長期入院精神障害者は約 20 万人（入院中の精神障害者全体の約 3 分の 2）であり、そのうち毎年約 5 万人が退院しているが、新たに毎年 5 万人の精神障害者が 1 年以上の長期入院に移行していること、長期入院精神障害者の高齢化が進行しており、死亡による退院が増加傾向にあることを指摘し、依然課題が多いとしている。平成 16 年における精神科病院の在院患者数は 326,125 人、病床数は 353,319 床であったのに対し、10 年後の平成 26 年には在院患者数 290,406 人、病床数 330,694 床となっている⁽³³⁾。「入院医療中心から地域生活中心へ」は、我が国の場合、まだ道半ばの状態である。

II 医療保護入院の現状

1 精神科病院の入院制度の概要

(1) 精神科病院における入院の特殊性

「はじめに」で述べたように、精神科病院では、自分が病気であるという自覚、すなわち病識を欠きがちな精神疾患を有する者を対象とするということで、他の病院と異なり、非自発的な入院の制度があり、また、入院中の患者の通信、面会、外出、外泊、退院などの制限、自分の意思では出ることのできない閉鎖的な病棟への入院や隔離室への収容、さらには小遣いや私物の管理、買物など病院側が行う代理行為などがある。このため、精神科病院への入院は、精神保健福祉法の定めに沿った手続を踏まなければならないとされている。

(2) 医療保護入院以外の入院

精神保健福祉法に定められている入院形態には、医療保護入院のほかに、任意入院、措置入院、正規の措置を採ることができない緊急の場合に短期間（72 時間）認められる緊急措置入院（措置入院に該当する場合）、応急入院（医療保護入院に該当する場合）がある。このほかに、触法精神障害者⁽³⁴⁾に対する、医療観察法に基づく入院がある。任意入院以外は、自らの意思によらない非自発的入院である。精神保健福祉法に基づく非自発的入院や行動制限の要否は、厚生労働大臣が指定する「精神保健指定医」（指定医）が判定することが定められている。なお、指定医の指定の不正取得⁽³⁵⁾等が問題となったため、平成 29 年改正案では、指定・更新の要件の見直

⁽³²⁾ 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」2014.7.14. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>>

⁽³³⁾ 平成 16 年、平成 26 年の『精神保健福祉資料』。それぞれ 6 月 30 日現在。

し等が行われている。

任意入院（法第 21 条）は本人の同意に基づく入院ではあるが、一定の場合に退院制限や行動制限が認められており、「医療法」（昭和 23 年法律第 205 号）に基づく自由入院とは異なるものである。昭和 62 年改正までは、本人の意思による入院についての法律上の規定はなく、いわゆる「自由入院」と呼ばれて運用されていたが、同改正によって「任意入院」の制度が法定された。退院制限がかけられた場合、ほとんどが医療保護入院に変更されること、入院を強く説得すれば患者は同意するが、入院後に同意を撤回することも少なくないことから、任意入院と医療保護入院の境界は曖昧なところが多いとの指摘もある⁽³⁶⁾。

措置入院は、医療及び保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあると認められた精神障害者を、都道府県知事（指定都市の市長）の権限により強制的に入院させるもので、昭和 25 年の精神衛生法制定時に制度として確立され、現在に至っている。医療観察法が施行されるまでは、触法精神障害者の処遇も、この制度が担っていた。一般人の申請（法第 22 条）、警察官の通報（法第 23 条）、検察官の通報（法第 24 条）、保護観察所の長の通報（法第 25 条）、矯正施設の長の通報（法第 26 条）、精神科病院の管理者の届出（法第 26 条の 2）、医療観察法に基づく通院患者に係る通報（法第 26 条の 3）を受けた都道府県知事が、指定医に診察をさせ、2 名以上の指定医が一致して措置入院が必要と判断した場合に、都道府県の設置する精神科病院又は指定病院⁽³⁷⁾に入院させることができる（法第 29 条）。

2 医療保護入院

(1) 制度の概要

(i) 医療保護入院制度

医療保護入院とは、家族等の同意と指定医の診察を要件として、本人の同意を得ることなく精神科病院に入院させる制度である。指定医による診察の結果、患者が精神障害者であり、医療及び保護のため入院の必要があり、任意入院できる状況にない、すなわち病識がないなど入院の必要性について適切な判断ができない状態であると判定され、家族等のうちのいずれかが

⁽³⁴⁾ 我が国を含め、多くの国では犯罪行為を行った者に責任能力（違法性を認識・判断し、その認識・判断に従って自己の行為を制御する能力）がなければこれを罰しないこととしている。刑罰法令に触れる行為を行った（責任能力がないか減退している）精神障害者を「触法精神障害者」と呼ぶ。こうした刑罰を適用できない者に対して、保安処分と呼ばれる社会防衛と本人の矯正・教育を目的とする処分を制度化している国もあるが、我が国では、過去に刑法への保安処分の導入が検討されたものの実現せず、措置入院で対応していた。平成 13 年に起きた大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件を契機として、平成 15 年に医療観察法が制定され、心身喪失又は心神耗弱の状態で殺人、放火等の重大な他害行為を行い、不起訴又は起訴されたが心神喪失等を理由に無罪あるいは自由刑を科せられなかった場合に、検察官の申立てにより地方裁判所で行われる審判の決定に基づき、入院や通院処遇を実施する医療観察制度が新設された。

⁽³⁵⁾ 「精神指定医 89 人取り消し 厚労省 資格の不正取得・証明」『朝日新聞』2016.10.27; 「精神指定医 89 人資格取り消し 厚労省 不正取得問題 大量処分」『読売新聞』2016.10.27 等。

⁽³⁶⁾ 中島豊爾「精神保健福祉法と医療保護入院」『臨床精神医学』46(4), 2017.4, p.368.

⁽³⁷⁾ 国立・都道府県立以外の精神科病院を都道府県知事が指定して、措置入院患者の入院を可能にした病院。我が国の精神科病院は民間病院が多数を占めているが、そのうち 7 割近くが指定病院となっている（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所「精神保健福祉資料 平成 26 年度 6 月 30 日調査の概要」〈<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/>>）。このことを問題として指摘する意見がある。平田豊明「措置入院制度の現状と課題—相模原事件が提起するもの—」『臨床精神医学』46(4), 2017.4, p.380; 第 193 回国会参議院厚生労働委員会会議録第 11 号 平成 29 年 4 月 13 日 p.2.（参考人田村綾子公益社団法人日本精神保健福祉協会副会長の発言）

同意した場合に、本人の同意なしに入院させることができる（法第33条）。

昭和25年の精神衛生法制定時から昭和62年改正までの間、「保護義務者の同意による入院」と規定され、一般に「同意入院」と呼称されていたが、患者本人の同意がある入院と誤解されるくらいがあったため、患者本人の「医療及び保護のため」という点にあることに鑑み、同改正によって「医療保護入院」に改められた。また、医学的な理由ではなく社会的な理由等により適用されている不適切な事例も生じていたことから、平成11年改正⁽³⁸⁾において、医療保護入院の適切な運用を図るため、医療保護入院の要件として、任意入院が行われる状態にないと判定されたものであることが付加された。⁽³⁹⁾

措置入院も医療保護入院も、入院措置を採ることや退院請求に関すること等を本人に書面で告知することが義務付けられている。医療保護入院に関しては、平成29年改正案により、告知の内容に、入院措置の理由が加えられることになっている（法第33条の3）。

精神科病院の管理者は、医療保護入院の措置を採ったときは、10日以内にその者の症状その他を当該入院について同意をした者の同意書を添え、最寄りの保健所長を経て知事に届け出なければならない（法第33条第7項）。

（ii）家族等の同意

平成25年改正により、保護者制度（後述Ⅳ1）が廃止された。それまでは医療保護入院は保護者の同意が要件とされていたが、保護者をなくした代わりに家族等の同意が要件とされた。

「家族等」とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者⁽⁴⁰⁾及び後見人又は保佐人と規定されている（法第33条第2項）⁽⁴¹⁾。保護者となる者は、法によりその順位が定められ、義務を負う者は1名とされていたが、現行法の家族等の同意は、この中のいずれかの者の同意とされている。ただし、平成26年の厚生労働省の通知「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」（平成26年1月24日障精発0124第1号）では、家族等の同意を得る際に後見人又は保佐人の存在を把握した場合には、これらの者の同意に関する判断を確認することが望ましい、当該精神障害者が未成年である場合に親権者から同意を得る際には原則として父母双方の同意を要するものとする、より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい、反対の意思を有する家族等の存在を把握した場合には、当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の適法性について説明することが望まれる等々、運用における注意事項を示している。

家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合には、当該精神障害者の居住地（居住地がないか、又は明らかでないときは、その者の所在地）を管轄する市町村長の同意で入院させることができる（法第33条第3項）。この市町村長同意については、保護者制度の時代から存在し、その形骸化が指摘されてきたが、一方では、平成25年改正に伴い、家族等の全員が意思表示をすることができないことを病院が調査しなければならなくなり、そ

(38) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律」（平成11年法律第65号）

(39) 精神保健福祉研究会監修『精神保健福祉法詳解 4訂』中央法規出版、2016、pp.295-296。

(40) 扶養義務者とは、直系血族及び兄弟姉妹のように法律上当然に扶養する義務を有する者、三親等内の親族のうち家庭裁判所が特別の事情がある場合に審判することによって扶養する義務が発生する者をいう（民法第877条）。

(41) ただし、①行方の知れない者、②当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族、③家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人、④成年被後見人又は被保佐人、⑥未成年者を除く。この除外規定は廃止前の保護者とはほぼ同様である。

の適用が厳格化されたため、現場に混乱が生じていた⁽⁴²⁾。「本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合にも市町村長同意を行えるように検討することが適当」との厚生労働省内に設置された検討会の提言⁽⁴³⁾を受け、平成 29 年改正案では、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長同意による医療保護入院を行うことを可能とする。

(iii) 退院による地域における生活への移行を促進するための措置

平成 25 年改正で、精神科病院の管理者に対し、医療保護入院者に対する退院促進のための体制整備（退院後生活環境相談員の設置（法第 33 条の 4）、地域援助事業者との連携（法第 33 条の 5）、退院促進のための体制整備（法第 33 条の 6））を義務付けた。

(iv) 移送制度

平成 11 年改正により新設された制度である。それまでは、医療保護入院等のための患者の移送に関する特段の規定がなく、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず、患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院が遅れ、自傷他害に至る場合があった。また、家族等の依頼を受けた民間警備会社が強制的に移送することがあり、患者の人権の観点から問題視される事例も発生していた。⁽⁴⁴⁾

都道府県知事（指定都市の市長）は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある精神障害者が、その精神障害のため本人の同意に基づく入院が行われる状態にないと判断された場合に、家族等のうちのいずれかの者（改正当時は保護者）の同意があれば、応急入院指定病院⁽⁴⁵⁾に移送することができる（法第 34 条）。

(2) 統計に見る現状

(i) 入院患者の概要

平成 29 年改正に当たり、厚生労働省に設置された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において提出された資料⁽⁴⁶⁾には、医療保護入院に係る各種図表が掲載されている。

入院形態別在院患者数（同資料 p.7）は、平成 3 年において任意入院が 199,188 人（57.0%）に対し、医療保護入院は 127,577 人（36.5%）であった。医療保護入院の要件を明確化する法改正が行われた平成 11 年まで、任意入院は増加傾向にあり、医療保護入院は減少傾向にあったが、この年を境にして任意入院は減少を続ける一方、医療保護入院は増加してきている。平成 26 年には、任意入院は 155,122 人（53.4%）、医療保護入院は 131,924 人（45.4%）であった。

医療保護入院患者の年齢構成（同資料 p.8）は、65 歳以上の高齢者の割合の増加が見られ、平成 11 年には 26.0% だった 65 歳以上の患者の割合は、平成 26 年には 55.4% に達している。疾

(42) 太田順一郎「精神保健福祉法改正の課題」『精神神経学雑誌』118(1), 2016, p.50.

(43) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会「報告書」2017.2.8, p.16. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>>

(44) 精神保健福祉研究会監修 前掲注(39), p.373.

(45) 応急入院を行うことが認められる精神科病院として都道府県知事が指定する病院。

(46) 「医療保護入院制度に関する参考資料」（第 7 回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料 2-2）2017.1.27. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000149864.pdf>>

患別（同資料 p.9）でも、アルツハイマー型認知症等の「症状性を含む器質性精神障害」⁽⁴⁷⁾の増加が見られ、平成 11 年には 13.3% だったが、平成 26 年には 31.3% となっている。平成 26 年における任意入院患者のうち症状性を含む器質性精神障害患者の割合は 16.3%、措置入院については 4.2% であり⁽⁴⁸⁾、医療保護入院は、現在では認知症患者の問題という一面を有している。なお、疾患のうち最も多い統合失調症等（統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害）は、平成 11 年には 68.4% を占めていたが、平成 26 年には 53.6% となった。

在院期間別の患者数の推移（同資料 p.10）を見ると、近年 1 年未満の患者数が増加傾向にあり、平成 16 年には全体の 33.3%（38,389 人）であったところ、平成 26 年には 37.0%（48,867 人）となっている。一方で、在院期間 20 年以上の患者は数が徐々に減っているものの、平成 26 年で 10,722 人に及んでいる。

（ii）身体拘束・隔離の状況

平成 29 年 3 月、精神科病院における身体拘束が平成 26 年に 1 万人を超え、過去最高だったとの厚生労働省の調査結果（表 1 参照）が、各紙で報道された⁽⁴⁹⁾。医療保護入院は、措置入院に比べれば割合が小さいものの、身体拘束・隔離をされている患者数が相当数に上っている。厚生労働省は、この増加傾向の要因分析が必要とし、平成 29 年 6 月に隔離や身体的拘束に関する全国調査を実施する意向を示している⁽⁵⁰⁾。

表 1 精神科病院在院患者の入院形態別保護室隔離・身体拘束の患者数（平成 26 年 6 月 30 日現在）

（単位：人）

入院形態	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他の入院	計
保護室の隔離患者数	549 (36.5%)	8,377 (6.3%)	1,076 (0.7%)	92 (5.0%)	10,094 (3.5%)
身体拘束を行っている患者数	232 (15.4%)	8,977 (6.8%)	1,445 (0.9%)	28 (1.5%)	10,682 (3.7%)
在院患者数	1,503	131,924	155,122	1,857	290,406

（注 1）「その他の入院」には精神保健福祉法に基づく緊急措置入院、応急入院、児童福祉法に基づく施設への入院及び医療観察法による入院等が含まれる。

（注 2）「保護室の隔離」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へ 1 人だけで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、患者数はそれが 12 時間を超える者の数。

（注 3）「身体拘束」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を行うことをいう。

（注 4）括弧内は、それぞれの入院形態の在院患者数に占める割合。

（出典）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所「精神保健福祉資料 平成 26 年度 6 月 30 日調査の概要」<<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/>> を基に筆者作成。

(47) 疾患別の統計は、WHO（世界保健機関）の国際疾病分類第 10 版（ICD-10）第 V 章「精神及び行動の障害」に従っている。「症状性を含む器質性精神障害」は、脳疾患、脳外傷、何らかの疾患による大脳の機能不全という病因を証明できる一群の精神障害をいう。アルツハイマー病型認知症、血管性認知症、器質性健忘症候群、せん妄（精神作用物質によらないもの）などがある。

(48) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 前掲注(37)

(49) 「精神科の病院で身体拘束 1 万人」『朝日新聞』2017.3.22；「精神科で隔離、初の 1 万人」『日本経済新聞』2017.3.21 等。

(50) 第 193 回国会参議院厚生労働委員会会議録第 10 号 平成 29 年 4 月 11 日 p.10.（堀江裕厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長の発言）

Ⅲ 医療保護入院の強制性と人権擁護

1 強制医療の根拠

本来、患者の同意なく医療行為を行うことは許されず、非自発的に入院させることは、監禁罪等の違法行為となる。しかし、精神保健福祉法に基づいて精神障害者に施される医療行為は、本人の同意を得なくとも行われる。このような強制医療を正当化する根拠としては、ポリス・パワー（police power. 警察力）思想とパレンス・パトリエ（parens patriae. 国親）思想があるとされている。先に述べたように、医療保護入院や措置入院の場合、病院への移送も、本人の意思に反しても強制的に行われる。また、任意入院も含め、身体拘束その他の行動制限が加えられることがある。

ポリス・パワー思想は、強制権限の根拠を精神障害者の社会に与える脅威の除去に求める保安的な考え方である。これは、単に疾病が認められるという理由だけで入院させられている多くの精神障害者を病院から解放するために、1970年代の欧米で有力に主張されたものであった。市民的自由を基礎としながら強制医療を正当化し得るのは、当の精神障害者の社会的危険性だけであるとすることによって、精神科病院に強制的に入院させるためには、本人が社会にとって危険であるということを証明しなければならないとしたのである。パレンス・パトリエ思想は、精神障害者は自己の医療的利益を選択し決定する能力を欠いているため、本人に代わって国や公的機関が選択・決定して医療を加える必要があるとする後見的な考え方である。⁽⁵¹⁾

2 医療保護入院の正当性

医療保護入院は、このパレンス・パトリエ思想に基づき、正当化されると説かれる。「意思能力ないし社会的適応能力を十分に有していない精神障害者に対しては、その生存権を保障し福祉を図る見地から、本人の利益のために一定の強制権限を加えることが必要」であり、「精神障害のために病識を欠き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者に対して、国がその自己決定を補い後見的な立場から医療保護を加えることは、むしろ幸福追求権を保障することとなる」とされている⁽⁵²⁾。

ポリス・パワー思想も、パレンス・パトリエ思想も、強制力を発動する主体は公権力でしかあり得ず、保護者制度の廃止は、同時に非自発的入院に関する国の責任と公的機関の役割を明確にすることになるはずだったという見解がある⁽⁵³⁾。保護者制度を廃止したにもかかわらず、医療保護入院の要件に「家族等の同意」が加えられたために、非自発的入院における国や公権力の責任を明確にすることが回避されてしまったという指摘である。日本精神神経学会は、医療保護入院における公的責任の明確化を求め、家族等同意制度を廃止して全例市町村長同意とし、市町村長の役割に入院後の支援、権利擁護、退院後の支援を含めることを提案している⁽⁵⁴⁾。

(51) 大谷 前掲注(8), pp.44-45.

(52) 同上

(53) 太田 前掲注(42), p.47; 日本精神神経学会「精神保健法改正に関する見解」2013.5.7. <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20130507_new.pdf>

(54) 日本精神神経学会「精神保健福祉法改正に関する学会見解」2017.3.18. <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/seishinhokenhukusi_170318.pdf>

また、日本精神保健福祉士協会は、現行の医療保護入院は廃止されるべきであり、強制的にでも医療提供が必要と医学的に診断される者に限定した新たな入院制度とすべきとしている⁽⁵⁵⁾。

3 権利擁護システム

(1) 事前審査・代弁者制度

後述(IV 4)のように、「家族等の同意」は、非自発的入院の患者本人の人権擁護等の観点も踏まえて要件とされているという説明がなされているが、「家族等の同意」要件により、患者の権利擁護を図ろうとすることを断念するなら、なおのこと患者の権利擁護のためのシステムが別途必要になる⁽⁵⁶⁾。日本精神保健福祉士協会は、入院の是非について行政もしくは司法による審査機能を強化する仕組みや、患者の権利擁護の担い手の一部として患者が指定する代弁者を院外から選定する仕組みの創設を求めている⁽⁵⁷⁾。

フランスでは、公衆衛生法典(Code de la santé publique)に規定する非自発的な入院の決定が行われた後、「自由及び勾留判事」(Juge des libertés et de la détention)という、勾留の決定等個人の自由の尊重に関する権能を有する判事の前で、患者が入院に関する意見を陳述することが保障されている⁽⁵⁸⁾。

代弁者制度に関しては、日本弁護士連合会も、保護者同意要件を廃止した後に想定すべき入院制度の要件の中に、「入院に当たっては、患者に必ず代弁者を付けること」を挙げている⁽⁵⁹⁾。

平成25年改正時に厚生労働省に設けられた検討チームでは、「本人の権利擁護のための仕組みとして、入院した人は、自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割をする代弁者(アドボケーター)を、選ぶことができる仕組みを導入するべきであることについては意見は一致した。」⁽⁶⁰⁾とされているが、改正において制度が導入されることはなかった。また、平成29年改正における検討会の報告書では、代弁者につき、過去に提案された経緯もあるが、「代弁」の趣旨が明確でなく、本来の権利擁護の趣旨を不明確にしている側面もあるとし、患者の入院中の意思決定支援等の権利擁護を一層進めるという役割を踏まえた呼称とすることが適当としている⁽⁶¹⁾。

(2) 事後審査

入院決定における患者の権利擁護については、事後審査のシステムを充実させるべきとの意見もある。入院決定には迅速さが要求されるため、入口の要件は緩和し(精神保健指定医1名の判断で可)、入院当初から早期に退院を目指した手続をした上で、精神医療審査会による事後審査システムの整備・充実を図るべきとする⁽⁶²⁾。

55) 日本精神保健福祉士協会「新たな入院制度に関する本協会の見解」2012.10.29. <<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2012.html#9>>

56) 山本輝之「医療保護入院の要件と精神障害者の権利擁護」『公衆衛生』80(11), 2016.11, p.828.

57) 日本精神保健福祉士協会 前掲注55)

58) 大島一成・阿部又一郎「フランスの精神科入院制度」『臨床精神医学』44(3), 2015.3, pp.409-416.

59) 日本弁護士連合会「精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書」2012.12.20, p.2. <https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion_121220_2.pdf>

60) 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「入院制度に関する議論の整理」2012.6.28. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e9rk-att/2r9852000002e9u6.pdf>>

61) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 前掲注(43), p.24.

62) 山本 前掲注(56), p.829.

精神医療審査会は、昭和 62 年に、当時の国連人権委員会等内外からの精神障害者の人権保障に関する批判を受けて行われた改正で導入された制度（法第 12 条から第 15 条）で、中立公正な審査を行う専門的かつ独立的な機関として各都道府県（指定都市）に設置され、医療保護入院の届出、措置入院患者及び医療保護入院患者の定期病状報告、患者等からの退院・処遇改善請求等の審査を行う。審査の結果は都道府県知事（指定都市の市長）に報告され、都道府県知事（指定都市の市長）が病院に命令を行う。制度導入後、これまでも制度の改正が行われてきたものの、委員会構成、審査の在り方、独立性等につき様々な議論がある⁽⁶³⁾。日本精神神経学会は、同審査会が本当の意味での「第三者機関」となるため、事務局体制や審査会委員の見直しが必要であるとしている⁽⁶⁴⁾。

平成 29 年改正における検討会の報告書では、過去に一部の自治体において、定足数に満たない審査会による決定など、不適正な運営が行われたことが確認されているとしている。審査の内容や期間について各自自治体における運営の実態を把握することや、審査会の運営に当たって適正な手続を確保するための取組についての検討、委員の確保促進のための検討等が必要であるとしている⁽⁶⁵⁾。

4 障害者権利条約

(1) 条約第 14 条

平成 18 年に国連総会で採択された「障害者の権利に関する条約」（障害者権利条約）⁽⁶⁶⁾は、その第 14 条（身体的自由と安全）で、「身体的自由及び安全についての権利を享有すること」及び「不法に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」を障害者に対して確保することを締約国に求めている。同条の意義について、国連に設置された条約策定委員会の議長は、「本条の本質は平等保護条項（non-discrimination provision）にある。審議の焦点は障害のある人についての治療が他の者と同じであるべきだということにあった」⁽⁶⁷⁾と述べており、精神障害者に障害のない人たちと同等の医療の在り方を実現すべきことを求めているとされる⁽⁶⁸⁾。

(2) 条約批准のための国内法整備における議論

平成 21 年 12 月に、同条約批准に必要な国内法整備等の障害者施策の改革のため、「障がい者制度改革推進本部」が内閣に設置された。同本部の下に開催された、障害当事者等を構成員とする「障がい者制度改革推進会議」の「第一次意見」（平成 22 年 6 月）は、精神障害者に対する強制入院（非自発的入院）等の制度が、「障害者権利条約を踏まえ、自由の剥奪という観点から検

⁽⁶³⁾ 太田順一郎「精神医療審査会」『精神科治療学』30(2), 2015.2, pp.161-166.

⁽⁶⁴⁾ 日本精神神経学会 前掲注53

⁽⁶⁵⁾ これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 前掲注43, pp.19-20.

⁽⁶⁶⁾ 「障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）」2016.10.4. 外務省 HP <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html>

⁽⁶⁷⁾ UN Convention on the Human Rights of People with Disabilities Ad Hoc Committee - Daily Summaries: Daily summary of discussion at the seventh session 19 January 2006. *United Nations Enable*, Volume 8 #4, January 19, 2006. <<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum19jan.htm>>

⁽⁶⁸⁾ 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(7), 2013, pp.761-762.

討すべき問題がある」と指摘し、「医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法の抜本的な改正が必要」、「いわゆる「保護者制度」も含め、見直すべき」と述べている⁽⁶⁹⁾。上記「第一次意見」を受けた平成 22 年の閣議決定では、「精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成 24 年内を目途にその結論を得る」⁽⁷⁰⁾とし、これが平成 25 年改正へとつながった。我が国は、平成 26 年に同条約を批准した。

(3) 条約批准後の政府報告

障害者権利条約第 35 条には、各締約国がこの条約に基づく義務を履行するためにとった措置、及びこれらの措置によりもたらされた新法に関する包括的な報告を、自国において効力が生じた後 2 年以内に国連の障害者権利委員会に提出することが規定されている。我が国については、平成 28 年 2 月 19 日までに第 1 回政府報告を提出することが求められており、平成 27 年 9 月には、障害者政策委員会⁽⁷¹⁾が、政府報告提出に向け、障害者基本法に基づいて策定された第 3 次障害者基本計画の実施状況を踏まえた議論の整理⁽⁷²⁾を公表した。この文書は、障害者政策委員会委員の意見とともに、特に関係する省庁が同委員会で示した見解も盛り込んだものである。保健・医療分野の論点の一つである「精神保健福祉法等の制度と運用を改善すべきではないか」において、医療保護入院に関し、「精神保健福祉法第 33 条の妥当性については、再検証をする必要がある」、「医療保護入院は、民間人が民間人に対して強制力を行使するという形態になっており、国際的に理解を得るのは難しい」といった意見とともに、「近年の医療保護入院の増加について、本人の意思が反映されない傾向が強くなっているとの見方がある一方で、症状悪化時に緊急介入するという考え方のもとでの在院日数の短期化と入院回数の増加という要因等も踏まえれば、本人意思の軽視、権利侵害の拡大と判断するのは早計との見方もある。この点は検証を要する」や、「精神科病棟における患者の権利擁護のため、家族や医療従事者から独立した権利擁護者の関与が不可欠である」などの意見も示されている⁽⁷³⁾。

平成 28 年 6 月に提出された政府報告では、同条約第 14 条の規定に関し、精神保健福祉法に定める本人の意思によらない入院制度につき、「この法律に定める入院制度は、精神障害者であることのみを理由として適用されるわけではなく、精神障害のために自傷他害のおそれがある場合又は自傷他害のおそれはないが医療及び保護が必要な場合であって、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状態にある場合に適用されるものである」⁽⁷⁴⁾と説明している。

(69) 障がい者制度改革推進会議「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）」2010.6.7, p.20. 内閣府 HP <<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken1-1.pdf>>

(70) 「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成 22 年 6 月 29 日閣議決定）p.5. 同上 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_16/pdf/ref.pdf>

(71) 「障害者基本法」（昭和 45 年法律第 84 号）第 32 条により内閣府に設置された委員会。

(72) 障害者政策委員会「議論の整理～第 3 次障害者基本計画の実施状況を踏まえた課題～」2015.9. 外務省 HP <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000171084.pdf>>

(73) 同上, p.4.

(74) 「障害者の権利に関する条約 第 1 回日本政府報告」（日本語仮訳）p.31. 外務省 HP <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000171085.pdf>>

政府報告提出後、各締約国の条約実施をモニタリング（監視）する専門機関である障害者権利委員会から締約国に対し質問票（リスト・オブ・イシュー）が送付され、各締約国は質問票への回答を送付することが求められる。その後、審査日が発表され、障害者権利委員会の会期中に国連ジュネーブ事務所で対面審査が行われ、同委員会による提案及び勧告を含めた最終見解が採択され、国連文書として公表される。これまで第1回政府報告の審査が終了した国は33か国（平成28年3月1日現在）である。⁽⁷⁵⁾

障害者権利委員会は、精神障害以外に自傷他害のおそれや医療の必要性という要件が付加されても強制入院は許されないとしており⁽⁷⁶⁾、我が国に対する審査結果が注目される。

IV 医療保護入院と家族

1 保護者制度

精神保健福祉法の同意入院が医療保護入院に改められた昭和62年改正以来、改正の度に保護者制度についても議論が行われ、漸進的に義務規定の削除が行われてきた。しかし、保護者制度そのものは存置され、保護者に関する規定が削除されたのは、平成25年改正時である。表2に、その変遷を示す。

表2 保護者制度の変遷

法律名	監護・保護の義務を負う者		
	名称	該当者	義務の内容等
精神病患者監護法 (明治33年)	監護義務者	後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、それ以外の4親等内の親族から親族会が選任した者。該当者が複数いる場合にはこの順位（同意による変更可）とし、該当者がいない場合及び監護義務者が義務を履行できない場合には、精神病患者の住所地又は所在地の市町村長。	精神病患者を監置することができるのは監護義務者のみ。私宅、病院などに監置するためには医師の診断書を添え、警察署を経て地方長官に許可を得なければならない。監護に要する費用は被監護者の負担とし、その能力がないときは扶養義務者の負担とする。監置を命ぜられ、その命を履行しない者には罰金が科せられる。

(75) 内閣府編『障害者白書 平成28年版』p.22. <<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h28hakusho/zenbun/pdf/s2.pdf>>

(76) 第193回参議院厚生労働委員会会議録第11号 平成29年4月13日 p.6. (参考人池原毅和東京アドヴォカシー法律事務所所長・弁護士の発言)

精神衛生法 (昭和 25 年)	保護義務者	後見人、配偶者、親権者、扶養義務者。該当者が複数いる場合には義務を負うのはこの順位（本人の保護のため特に必要な場合には後見人以外の者について家庭裁判所が利害関係人の申立てにより変更可）とし、該当者がいない場合及び保護義務者が義務を履行できない場合には、精神障害者の住所地又は所在地の市町村長。	精神障害者に治療を受けさせるとともに、自傷他害がないよう監督し、財産上の利益を保護する義務、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力する義務、医療を受けさせるに当たり医師の指示に従う義務。 「保護義務者の同意による入院（同意入院）」の制度が創設され、精神病院の長が診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院の必要があると認める場合に、保護義務者が同意すれば、本人の同意なしに入院させることができるとされた。 自傷他害のおそれがあり、入院を要する精神障害者を直ちに精神病院に収容できないやむを得ない事情がある場合には、都道府県知事の許可を得て、精神病院に入院させるまでの間、精神病院以外の場所で保護拘束を行うことができるとされた。 退院又は仮退院する者を引き取り、仮退院者の保護に当たって精神病院長の指示に従う義務。 保護義務者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する（当初、市町村長が保護義務者となる場合には保護を行った市町村を管轄する都道府県が負担するとされていたが、翌年の改正で削除。浮浪者の多く集まる大都市を持つ都や府県の負担が不当に多くなる結果となるためとの説明）。
精神衛生法 (昭和 40 年改正)	同上	同上	保護拘束を行うことができるとする規定を廃止。
精神衛生法 (昭和 62 年改正)	同上	同上	同意入院を医療保護入院に改めた。 保護義務者が選任されていない場合に、その選任までの間、扶養義務者の同意で 4 週間に限り入院させることができることとした。
精神保健法 (平成 5 年改正)	保護者	同上	措置入院者の退院における引取り義務を行うに当たり必要があるときは、精神病院や社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関して相談し及び必要な援助を求めることができることとした。 *改正時の附帯決議 ^(注) で政府に「精神障害者を抱える保護者に対する支援体制を充実するとともに、今後とも公的後見人を含めて保護者制度の在り方について検討すること」を求めた。
精神保健福祉法 (平成 11 年改正)	同上	成年後見制度創設に伴い、保佐人を追加。	保護者の義務から、自傷他害がないよう監督する義務を削除。治療を受けさせ、財産上の利益を保護する義務の対象から任意入院者及び通院患者を除外。
精神保健福祉法 (平成 25 年改正)	保護者制度廃止。 医療保護入院の要件から保護者の同意を外し、「家族等の同意」に代えた。家族等とは、精神障害者の配偶者、親権者、扶養義務者及び後見人又は保佐人で、この中の 1 名の同意があれば足りる。家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合には、精神障害者の居住地又は現在地を管轄する市町村長の同意があれば可。		
精神保健福祉法 (平成 29 年改正案)	市町村長の同意による医療保護入院を、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも可とする。		

(注) 第 145 回国会衆議院厚生委員会議録第 11 号 平成 11 年 5 月 21 日 p.15; 第 145 回国会参議院国民福祉委員会議録第 11 号 平成 11 年 4 月 27 日 pp.1-2.
(出典) 筆者作成。

2 成年後見制度との関係

保護者となるべき者の順位は、精神病者監護法で監護義務者の第一順位が後見人とされて以来、保護者制度に至るまでこれが踏襲されてきた。現在では、弁護士、司法書士等親族以外の第三者が後見人に選任される場合が多数を占めている⁽⁷⁷⁾が、精神病者監護法当時から、平成11年に民法上の禁治産・準禁治産制度⁽⁷⁸⁾が廃止され、成年後見制度が新設されるまで、後見人になるのは配偶者であり、配偶者のないときも親族が就任することが通常であったのであり、やはりこの制度は精神障害者の保護を家族の問題に位置付ける発想に支えられていた。⁽⁷⁹⁾

平成11年の成年後見制度新設時には、認知症高齢者の増加とともに、その配偶者も相当高齢に達していることが多く配偶者が常に適任とは限らないことから、それまでの夫婦の一方が禁治産の宣告を受けたときは、他の一方は、その後見人となるとの規定（民法旧第840条）が削除された。この際には、精神保健福祉法では、保佐人が後見人と並んで保護者の第一順位に位置付けられた。

また、この際に、禁治産者を精神病院等の施設に入れるには、後見人は家庭裁判所の許可を得なければならないとしていた民法旧第858条第2項の削除が行われた。戦前においては、後見人の禁治産者の療養看護義務が定められており、後見の事務の監督機関は、親族会⁽⁸⁰⁾が担っていたが、戦後親族会が廃止されたため、家庭裁判所が代わって監督機関となっていた。成年後見制度新設に当たっての条文の見直しの中で、司法審査の及ばない親権者・配偶者が保護者になるときは裁判所の許可が不要とされているのに対し、就任の段階で司法審査がかかる後見人について裁判所の許可が必要とされるのは不均衡であるとされたのである⁽⁸¹⁾。

フランスの公衆衛生法典に定められている非自発的入院は、期間が限定された緊急時のもので、緊急時以外の非自発的入院は、民法の成年後見制度の中の司法救助（la sauvegarde de justice）として行われる。これは、自己決定能力を欠く精神障害者の存在に気づいた医師が裁判所に通告することによって発動される成年後見制度で、医師に通告義務が課されている。ドイツにおいても、精神障害者の入院（民事入院）⁽⁸²⁾については、成年後見制度の枠内で処理され、裁判所の判断を必要とする手続となっている。水野紀子東北大学大学院法学研究科教授は、「裁判所の許可という立法論が日本では現実的ではなく、欧米法に一般的なこの解決策を日本法が採用できない根本的な原因は、司法インフラの不備である」⁽⁸³⁾としている。⁽⁸⁴⁾

(77) 内閣府成年後見制度利用促進委員会事務局「成年後見制度の現状」（第1回成年後見制度利用促進委員会資料8）2016.9.23, p.8. <http://www.cao.go.jp/seinenkouken/iinkai/2_20161003/pdf/sankou_6.pdf>

(78) 判断能力の不十分な成年者を保護するための制度。本人、配偶者、四親等内の親族、後見人、保佐人又は検察官の請求により、家庭裁判所が「心神喪失の常況に在る者」には禁治産宣告を、「心神耗弱及び浪費者」には準禁治産宣告を行う。禁治産宣告を受けた者（禁治産者）には後見人が、準禁治産宣告を受けた者（準禁治産者）には保佐人が付された。成年後見制度では、禁治産者に相当する者を成年被後見人、準禁治産者に相当する者を被保佐人とし、要件もわかりやすく差別感のないものに替え、後見・補佐・補助の三類型とした。

(79) 久保野 前掲注(14), p.148.

(80) 原則として裁判所が親族又は縁故者中から3名以上の親族会員を選任して親族会を構成させ、これを招集した。現行民法では、その任務の多くを家庭裁判所が担当している。

(81) 小林昭彦・大門匡編著、岩井伸見ほか著『新成年後見制度の解説』金融財政事情研究会, 2000, p.148.

(82) ドイツにおける非自発的入院には、民事上の収容制度である民事入院と行政庁が収容決定を行う公法上の収容制度の2種類がある。民事入院は、法定後見の手続によって選任された世話人（Betreuer）が代行決定として入院の決定を行う。民法に、民事収容の要件や裁判所の許可等の定めがある。詳細は、米村滋人「ドイツ出張報告（後見裁判所・ミュンヘン大学）」前掲注(9), pp.173-177 参照。

3 「家族等」の範囲

保護者制度における保護者、現行法における医療保護入院の同意を行う家族等は、表2に掲げたとおりであり、内縁関係にある者も含まれていない。本人の状況を熟知し、配慮することができるのは、法に規定する範囲の家族とは限らないことを考慮すれば、「家族等」の範囲についても再考の余地がある。同性カップルの権利について議論が行われる等、家族の在り方もさらに多様化している現在、この観点からの制度の見直しも必要となつてこよう。⁽⁸⁵⁾

イギリスでは、非自発的入院に関与する者として「最も近い関係者」(nearest relative) という概念が採用されている⁽⁸⁶⁾。基本的には家族法上の位置によって選任されるが、法的共同生活(civil partnership)や内縁、6か月以上同居している人が優先的に選任されるなど、実際に患者の生活やケアに関係する人が優先される仕組みになっている⁽⁸⁷⁾。

4 医療保護入院と「家族等の同意」

平成25年改正時の保護者制度に関する検討チームでは、家族の高齢化等に伴い負担が大きくなっており、また、本人と家族の関係が様々で、必ずしも本人の利益保護を行うことができるとは限らない等の理由から、保護者に課せられていた義務規定は存置しないこととされた⁽⁸⁸⁾。

この検討チームでは、医療保護入院について、保護者の同意によらず、精神保健指定医の判断での入院とするとされていたところ、厚生労働省における法制化の検討の過程で「家族等の同意」が要件とされたという経緯があり⁽⁸⁹⁾、同検討チームの構成員から法案に対する反対の意見書⁽⁹⁰⁾が提出されるという異例の事態が生じた。

病識を欠き入院の必要性を適切に判断できない精神障害者について、保護者の同意を不要にし、指定医による判断だけで精神科病院の管理者による入院を認めることは、現在のインフォームド・コンセント(医師が医療を提供するに当たって患者やその家族に対して適切な説明を行い、その同意を得ること)の考え方からも問題があり、また、本人にとっては非自発的な入院となるといった理由で、その人権擁護等の観点も踏まえて「家族の同意」が要件として設けられたと説明されている⁽⁹¹⁾。しかし、保護者制度廃止に至った理由(家族の高齢化、本人と家族の関係)を見ても、本人の人権擁護等の機能を果たすのが「家族」でよいのかについて、前述(Ⅲ2、3)のよう

⁽⁸³⁾ 水野紀子「医療における意思決定と家族の役割—精神障害者の保護者制度を契機に、民法から考える—」『法学』74(6), 2011.1, pp.903-904.

⁽⁸⁴⁾ 同上, pp.901-907.

⁽⁸⁵⁾ 茨木丈博「保護者制度廃止後の医療保護入院における内縁関係の扱いについて」『精神神経学雑誌』118(1), 2016, pp.14-21.

⁽⁸⁶⁾ Mental Health Act 1983(c.20), Sec.26.

⁽⁸⁷⁾ 五十嵐禎人「イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究」前掲注(9), p.77.

⁽⁸⁸⁾ 諸富伸夫「精神保健福祉法改正と入院制度」『臨床精神医学』44(3), 2015.3, pp.321-322. ①医療におけるインフォームド・コンセントが重視されている中、一般の医療においても、同意能力のない者への代諾の役割は家族が担っているという現状を踏まえると、患者に寄りそう家族等の承諾なく医師のみの判断による医療を提供することは適正なのか、②患者の権利擁護の観点を踏まえ、本人の意思によらず身体を自由を奪うことになる入院を、精神保健指定医1名の判断のみで行う仕組みは適切ではないのではないか、③自傷他害のおそれがあり、より緊急性の高い措置入院の場合には、精神保健指定医2名の診断が必要とされる一方で、医療保護入院の場合には、精神保健指定医1名の診断となることが適正か、といった点が考慮されたという。

⁽⁸⁹⁾ 同上

⁽⁹⁰⁾ 町野朔ほか「精神保健福祉法改正案に関する意見書」2013.5.17.

⁽⁹¹⁾ 精神保健福祉研究会監修 前掲注(39), p.298.

に、議論があるところである。同意能力がないとされる者の利益を図り、保護するのは、家族が適任であることが多いが、重大な人権侵害が生じかねないこの問題に関し、本来であれば、そこに司法機関等の第三者の適正な介入が存在するべきであると思われる。また、単独世帯の増加⁽⁹²⁾等、頼れる家族のいない者も増えていることや、家族そのものの在り方も多様化していることから、制度の再考が必要であろう。

5 家族への暴力

平成 21 年度に、公益社団法人全国精神保健福祉会（みんなねっと）⁽⁹³⁾が会員（有効回答数 4,419 名）に対して行ったアンケート調査⁽⁹⁴⁾では、精神障害者本人と同居している者の割合は 79.5% であった。回答者である家族の平均年齢は 66.7 歳、85.1% が親であり、兄弟姉妹は 8.6%、配偶者 2.9%、子 1.3% である。7 割以上が、本人が 1 か月以上治療を中断したことがあるとし、本人の症状の悪化により、本人がいつ問題を起すかという恐怖心が強くなった（64.8%）、家族自身の精神状態・体調に不調が生じた（58.7%）、仕事を休んで対応しなければならないことがあった（47.3%）、家族が身の危険を感じるが増えた（30.9%）ということがあり、警察に通報せざるを得ない状況になったという回答も 17.3% に上った。

平成 26 年に埼玉県の家族会で行われた調査では、回答のあった該当者 302 名のうち、発病からの約 20 年間に、統合失調症患者である障害者本人の約 6 割が家族に対して暴力を振るったことがあるのに対し、見ず知らずの人に対しては約 1% だったという結果が出ている。諸外国のデータを検証しても、精神障害者の暴力は、家族に向きやすいという。しかも、我が国の場合、家族への暴力が長期間にわたって続いていると見られるとのことである。家族会とともに調査を行った蔭山正子大阪大学大学院准教授は、この背景には、我が国では長期にわたって本人が自立できずに家族が同居して支えていることや、この問題に関する施策が家族依存となっていることなどがあると指摘している。⁽⁹⁵⁾

医療保護入院に関しては、本人と保護者の間にあつれきが生まれやすく、保護者制度廃止後も、家族関係の悪化や家族の負担が継続しているという。医療保護入院では、本人が自分は入院したくなかったのに家族のせいで入院させられたとして家族を恨んでしまう状況が起きがちで、家族も入院させることができてほっとする反面、自分が大切な身内を入院させてしまったことを後悔したり、自分を責めたりしがちである。蔭山准教授は、暴力を契機に入院した場合には、医療保護入院となるケースが多く、入院に際しての主治医の本人に対する入院説明が非常に重要であることを指摘している。⁽⁹⁶⁾

「入院医療中心から地域生活中心へ」という中でのアウトリーチ等の施策は、精神障害者本人

(92) 総務省『平成 22 年国勢調査 人口等基本集計結果 結果の概要』2011.10.26, p.27. 総務省統計局 HP <<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf>>

(93) 精神障害者の家族の全国組織。「みんなねっとについて」全国精神保健福祉会 HP <<http://seishinhoken.jp/profile>>

(94) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究 報告書」2010.3. <http://seishinhoken.jp/attachments/view/articles_files/src/5.pdf>

(95) 蔭山正子編著『精神障がい者の家族への暴力という SOS—家族・支援者のためのガイドブック—』明石書店、2016, pp.26-27.

(96) 同上, pp.150-151.

やそのケアを担っている家族等にとって救いとなることが期待されているが、残念ながら、今のところ、逆に精神科医療につながるができない対象が増えるという現象も生じており、とりわけ病状の重い対応困難なケースや、長期のひきこもりのように外からは見えにくいケースに関しては、家庭もしくは地域に放置されているのが現実だとする指摘もある⁽⁹⁷⁾。

このような場合、本人あるいは家族の死という悲惨な結果となることもある⁽⁹⁸⁾。重症化したり、事件になったりする前の対策が重要であり、場合によっては入院という手段も必要となる。

おわりに

精神疾患の患者数は、近年、うつ病などの気分障害やアルツハイマー病などを中心に増加している。平成20年の患者調査で320万人を超え、従来の「4疾病」（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）のいずれの患者数よりも多くなっていること等を踏まえて、平成25年度からは、従来の4疾病に精神疾患を追加し、「5疾病5事業」になった医療計画⁽⁹⁹⁾が実施されている。⁽¹⁰⁰⁾

良心的な医療が施される入院であれば、それによって、回復に向かうことが期待される。ケアする側にとっても休息を取り、体制を立て直すこともできる。疾患の特性から病識が持てないという事態が生じ得る以上、本人の人権に対する正当な配慮がなされ、家族に過度に依存することがなく、疾患の回復につながる入院制度が必要である。

少子高齢化が進み、家族の変容が見られる社会の状況に合わせて、制度を変革していくことが各所で求められており、医療保護入院制度の在り方も、そうしたことのひとつである。

(おかむら みほこ)

(97) 押川剛『子供の死を祈る親たち』新潮社、2017、pp.372-380.

(98) 蔭山編著 前掲注(95)、pp.42-47.

(99) 都道府県が作成する医療を提供する体制の確保に関する計画。

(100) 「医療計画」厚生労働省みんなのメンタルヘルス総合サイト HP <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/iryoku_keikaku.html>