

精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書

2012年（平成24年）12月20日

日本弁護士連合会

本意見書は、現在厚生労働省で検討され、次期通常国会への提案が予定されている精神保健福祉法の改正（医療保護入院制度の改正等）に関して、当連合会としての意見を述べるものである。

現行法は、保護者に過重な負担を負わせ、特に保護者の同意を要件とする医療保護入院制度は、地域精神医療及び保健福祉態勢等が十分でない中で保護者に入院の責任を負わせる構造になっている。そもそも、患者の意思に基づかない強制入院制度は、患者から自由を奪い、患者の地域で生活する権利を侵害するものであることから、患者が長期入院によって地域で生活できなくなるような事態にならぬよう必要最小限のものとして設定されなければならない。このような患者の権利擁護の観点から、現行の医療保護入院制度に対する反省を踏まえて、本意見書は、現在厚生労働省で検討されている医療保護入院制度の改正について警鐘を鳴らすとともに、保護者の義務負担の軽減、精神医療審査会の充実、地域精神医療及び保健福祉態勢の充実など、精神保健福祉法の抜本的改正を求めるものである。

なお、当連合会は、現行法上の措置入院制度及び緊急措置入院制度についても、社会的入院さらには保安処分になりかねない重大な問題を含むものとして、かねてより強制入院制度を一本化の上、その改善を求める意見を述べているところであるが、今回の意見書は、改正が検討されている医療保護入院制度についてのみ対象とするものである。

意見の趣旨

- 1 現行精神保健福祉法は、保護者に過重な負担を負わせるだけでなく、患者を強制的に入院させるという制度の責任の所在を曖昧にし、事実上保護者の不同意により退院できずに社会的入院が生じているという現状に鑑み、保護者の義務規定及び医療保護入院における保護者同意の要件を速やかに廃止すべきである。
- 2 保護者同意の要件を廃止した後に想定すべき入院制度（以下「改正入院制度」という。）は、精神疾患の治療は通院治療によることが原則であることを踏まえ、慎重に制度設計がされることが不可欠であり（病識がないこと等から医療の必要性を判断できない患者に対しても）医療を受ける権利を保障し、通院治療により

地域で生活できる状態の回復を図ることを制度の目的とし、この目的達成のための必要最小限のものとすべきである。

3 したがって、改正入院制度は、入院時の審査として、次の実体的要件及び手続的要件を満たさなければならない。

(1) 実体的要件

精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されていること。

治療反応性があることを前提に、入院治療させなければ病状が悪化し、自己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれる場合であること。

(2) 手続的要件

医師は、患者に対して現在の病状並びに治療の方針、効果及び見通しを説明すること。

(1) の要件判断は指定医 2 名による判定を必要とし、うち 1 名は当該入院先精神科病院の常勤又は非常勤の医師でない者によること。

急を要する場合、入院時には少なくとも 1 名の医師による判定で足りるが、入院から 7 2 時間以内に 2 名の医師によって判定がなされること。

前記の指定医 2 名の「判定意見」、入院先精神科病院作成による「治療計画及び退院計画の記載された入院届」を、入院時から 1 0 日以内に当該都道府県に設置された精神医療審査会に提出するものとし、同審査会は、入院届の提出から 1 週間以内に入院の必要性について審査し結論を出すこと。

この審査においては、審査会の構成員が患者から直接意見を聴取しなければならないこと。

入院に当たっては、患者に必ず代弁者を付けること。

4 改正入院制度における入院期間の設定は、当初は 3 か月以内とし、3 か月を超えて入院させる必要がある場合には、当初の治療計画及び退院計画の修正が必要な理由、修正後の治療計画及び退院計画の提出を受け、再度、前項の精神医療審査会の審査を受けるものとする。

再審査によって入院継続が認められた場合の入院期間は、当初の入院時から最長 1 年間を超えることができないものとする。

5 入院患者に対しては、入院直後から退院のための環境整備に向けた専門家を付け、具体的に退院に向けた活動がなされること。

6 改正入院制度における実効性ある審査のため、現在の各都道府県の精神医療審査会の態勢を抜本的に拡充し、審査会の機動性及び権限強化を図るとともに、審査会の決定に対する裁判所への不服申立制度を創設する等、審査手続における患者の適正手続の保障を全うすること。

- 7 改正入院制度の費用負担は公費によることを明らかにし、患者から徴収しないこと。
- 8 患者の地域で暮らす権利を実質的に保障し、入院を必要以上に長期化させないため、患者が地域で生活できるよう居住環境を具体的に整備し、また、アウトリーチ支援を充実させるなど、地域精神医療体制や保健福祉政策を充実させるよう、地域精神医療及び保健・福祉の総合的な計画を企画・遂行すること。

意見の理由

第1 保護者制度について

- 1 現行精神保健福祉法において、精神障がい者についてのみ保護者制度が存在し、その保護者には、治療を受けさせる義務及び財産上の利益を保護する義務（法22条1項）、医師の診断に対する協力義務（法22条2項）、医師の指示に従わなければならない義務（法22条3項）、措置入院、緊急措置入院、仮退院の場合の引取り、かつ精神科病院管理者の指示に従わなければならない義務（法41条）が課せられている。これは、現在の核家族化と精神障がい者の福祉制度が貧困な現状の下では、保護者に義務と責任が集中し、家族に対する過重な負担となっている。

これらの義務の内容は、本来的に医療・福祉の専門家等による公的支援や成年後見制度の利用等によって行われるべきであり、速やかに廃止されるべきである。もちろんこれは、精神障がい者が地域で暮らすために家族が担う役割を否定するものではなく、むしろそのような家族支援のための制度こそ充実させるべきである。

- 2 また、現行法上の医療保護入院制度は、保護者の同意を要件としつつ、他方で精神科病院の管理者が患者を入院させるという形式を採っていることから、患者をその意思に反して強制的に入院させるという重大な人権の制約であるにもかかわらず、その責任の所在が曖昧となっている。そのために、入院に同意しない患者にとっては、保護者である家族によって入院させられたという印象を受けるため、その後の家族関係に支障を来すケースも少なくない。また、患者によっては、医師と保護者である家族が意思を通じて強制的に入院させているという思いを強くし、信頼関係が築けないばかりか、精神的に不穏な状態を強める要素となっているケースもある。

さらには、医療保護入院患者が退院を請求した場合に、医師が通院治療で足りると判断しても、保護者である家族が退院に反対しているために入院が長期

化しているケースも散見される。このような実態は早急に解消すべきである。

したがって、現在の医療保護入院制度における保護者の同意という要件は、廃止されるべきである。

第2 強制入院制度が許される条件

- 1 当連合会は、これまで、精神科医療は社会生活を営みながら受診できる通院中心の医療であるべきことを前提に、入院治療は、急性期医療とその後の社会復帰策に対応するものに限局するべきであると意見を述べてきた。今回の意見もこの延長線上にあるものであり、保護者同意の要件を廃止した後の改正入院制度について、その許容される限界を詳細に明示するものである。
- 2 そもそも、精神保健福祉法上の強制入院制度（現行法上は措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院を指す。）は、「精神障がい者」のみを対象としており、精神障がい者でない者と比べ、自由を剥奪し、地域で生活する権利を侵害することを容認する差別的な制度であり、障害者権利条約14条1(b)に反する疑いがある。もっとも、障害者権利条約は、障がいを理由とする自由の剥奪が歴史的・経験的に差別の疑いが極めて高い類型であるがゆえにその自由剥奪は基本的に正当性がないことを明示した点に意義があると解されることから、全ての強制入院を否定したものではないといえ、目的に正当性が認められ、目的達成の手段として強制入院が必要不可欠であるといえる場合には、許される余地もある。

したがって、強制入院制度の目的が、あくまで精神障がい者が地域で生活することを最終目標とし、そのための医療を受ける権利を保障するものであって、精神疾患が重篤であるために判断能力が低下した場合に、その能力を回復させるために必要な期間、入院治療を行うことにあるのであれば、正当性は認められる。

なお、患者自身が医療を受ける権利を十分に行使できない状態は、重篤な精神疾患がある場合に限られず、終末期医療などにおいても問題となり得るため、本来は、全ての人を対象とした、医療に関する自己決定権を保障・支援するための制度が設けられるべきであり、これに基づき、入院の可否を判断するのが在るべき姿であることを、念のため付言しておく。

現在、厚生労働省において保護者の義務規定の廃止と保護者の同意を要件としない入院制度への改正が検討されている。当連合会としても、現行の保護者制度と医療保護入院の実態には患者の権利保障の点から多くの問題点があることから、この改正方向には賛成するものである。もっとも、改正される強制

入院制度は、その目的が上記の点にある場合に限って許されるものであることは強く確認されなければならない、憲法及び国際法の観点から、その目的達成の手段として強制入院が必要不可欠であるといえるかどうかについての実体的及び手続的要件、入院時及びその後の期間更新や入院期間の上限の設定、審査機関の実効性確保等につき、以下のような厳格な要件の設定が不可欠であると考えられる。

第3 入院時の審査

1 実体的要件

(1) 現行法上の強制入院制度は、A) 自傷他害のおそれがある場合(法29条措置入院)、又は、B) 医療及び保護のため入院の必要がある場合(法33条医療保護入院)を実体的要件としている。

(2) この点、医療保護入院を廃止し、新たな制度は作らず、措置入院のみとして、A) 自傷他害のおそれがある場合のみに強制入院を限定するとの意見もある。

しかし、A)のうち、自傷のおそれがある場合とは、現在の運用では、自殺未遂行為を実際に行った場合など狭く解釈され、そこまで至らない患者本人の健康状態の悪化などは含まない運用がなされているところ、上述のとおり、精神障がいにより医療に関する判断能力が低下し、そのために適切に医療を受ける権利を行使できず、入院治療を行わなければ回復困難な精神又は身体の状態の悪化が生じる場合もあることから、このようなA)に至らない場合にも入院治療を受けられる余地を残すべきである。

したがって、本意見書においては、A)の要件とは別の強制入院制度が許容される余地はあるという前提で、議論を進める。

(3) 現在の医療保護入院の要件であるB)「医療及び保護のため入院の必要がある」とは、患者の自由を制限し地域で生活する権利を制約する唯一の重要な実体的要件であるにもかかわらず、これまでの精神科医療においては個々の指定医の裁量に委ねられ、かなり緩やかに用いられてきた。その結果、厚生労働省の試算によっても、医療保護入院患者の約22%に相当する7万人以上の患者が「社会的入院」となっている。このような「社会的入院」が増大した背景には様々な要因があるとはいえ、入院の必要性がないにもかかわらず、これが許されるようなあいまいな要件は見直されなければならない。また、精神医療審査会委員を担っている弁護士からも、要件が抽象的過ぎるた

め、該当性の判断が行いにくいとの意見が出ている¹。

(4) 要件

そこで、改正入院制度における実体的要件を検討するに当たり、まず、患者の自己決定権が尊重されなければならない、身体疾患については強制入院制度が存在しないこととの対比からすると、医学的に判断した結果、精神疾患が重篤であり、これにより判断力が阻害されているために、患者が自ら医療を受ける権利を適切に行使できない病状にあることが必要であるというべきである(精神障がい者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則(1991年国連決議)(以下「国連原則」という。))における原則16の1項(b)²参照)。

(5) 要件

次に、医療機関に入院させ治療することが患者の医療を受ける権利の適切な支援になっているということを担保するため、患者に精神科治療反応性があることが必要となる。さらに、入院治療を正当化する根拠として、通院治療では治療効果が期待できず、入院治療によらなければ病状が悪化し、自己決定権の行使が長期間困難になることが見込まれるなど重大な不利益が予測される場合に限って認められるべきである(国連原則16の1項(b)参照)。

(6) なお、措置入院との関係については、措置入院の実体的要件は、上記及びの要件に加え、A)自傷他害のおそれがある場合を要件とすべきである。措置入院は知事の命令に基づくものであることから、要件を加重しつつ、入院についての責任の所在を公的機関に残したものである。

この点に関し、措置入院のA)の要件を変更し、現状の医療及び保護のための入院の必要性に一本化すべきとの意見もあったが、知事の命令に基づく制度と精神科病院の管理者の決定に基づく制度をどちらかに一本化することは現状では困難であることから、本意見書では措置入院制度についてはその

¹ 当連合会が2011年に行った「精神医療審査会弁護士委員へのアンケート」Q3に対する回答より。

² 国連原則16の1項：患者として非自発的に精神保健施設に入院し、又は既に患者として自発的に精神保健施設に入院した後、非自発的入院患者として退院制限されるのは、この目的のために法律によって権限を与えられた資格を有する精神保健従事者が、原則4に従って、その者が精神疾患を有しており、かつ、以下のように判断する場合に限られる。

a) その精神疾患のために、即時の又は切迫した自己若しくは他の人への危害が及ぶ可能性が大きいこと、又は

b) 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させず、又は入院を継続させなければ、深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最小規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによるのみ得られる適切な治療が妨げられること。b)の場合、可能な場合には、第一の精神保健従事者とは独立した第二の精神保健従事者の診察を求めるべきである。こうした診察が行われた場合、第二の精神保健従事者が同意しなければ、非自発的入院、又は退院制限を行うことはできない。

まま存置した上で、議論することとした。

2 手続的要件

(1) 要件 インフォームドコンセントについて

患者の判断能力が阻害されていると思料される場合であっても、その程度は幅があるものであり、また、後日、判断能力が回復したときに患者が自己決定できる材料が必要である。さらに、現行法上も医療保護入院は任意入院ができない状態であることが要件とされているものの、患者に入院の理由すら知らされていないケースさえあることから、インフォームドコンセントや医師の説明責任という現在一般医療で当然の前提とされている法理に加え、患者の意思に基づく医療という自己決定支援に向けた医師による働きかけを重要視すべきである。

そこで、改正入院制度においては、医師は当該患者に対し、医学上の説明責任を果たすとともに、患者の自己決定権をできる限り尊重し支援するよう現在より一層努めるべきであり、強制入院を必要と判断した医師は、患者に対して現在の病状及び治療の見通しを口頭で説明するとともに、書面にも明記して患者に手渡すべきである。

特に、患者の主張を妄想の一言で片付け、適正な事実認定がなされていないケースも散見されることから、医師は妄想症状があると判断した場合は、その根拠となる事実を入院届に明記し、患者に伝えるべきである。

(2) 要件 精神保健指定医 2 名による判断

現在行われている医療保護入院の手続は、指定医 1 名、しかも当該入院先医療機関に所属する医師の判断のみによって行われているのが実情である。

しかし、このような指定医は、病院管理者と同一人であるか、その指揮監督を受ける立場にあつて、事実上管理者の裁量によって入院と退院が判断され、中立な立場にある第三者が入院の必要性を判断できる状況になっていない。現行法上は、退院請求がなされた段階で精神医療審査会によって審査が行われているものの、入院時に要件を満たしていたか疑義があつても、すでに入院しているため退院が容易でない場合に入院相当という結論を出さざるを得ない場合がある。この結果、本来入院の必要がないにもかかわらず、安易に医療保護入院が認められ、「社会的入院」が増大した一因になっているといえる。また、入院先病院の指定医が事前に家族から相談を受けていたなど、患者と対立する立場にいる場合もあり得る。

そこで、改正入院制度においては、外部の医師による医学的に公正な判断を必ず加味すべきである。

したがって、前記の実体的要件を、指定医 2 名によって判定することとし、そのうち少なくとも一人は、当該入院先精神科病院の常勤又は非常勤の医師でない者であることが必要であるというべきである。

この点、厚生労働省内に設置された「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」では、指定医 1 名による診察で足り、他の同意も不要であるとの意見が出されたようである。しかしながら、入院時の要件を緩くして早期に退院させればよいとの楽観論に対しては、重層な退院に向けた支援体制を設けながら当初の計画どおりに退院ができていないという心神喪失者等医療観察制度の現実を直視すべきである。医師が医療に対し責任を持つから一名の判断でよいとの意見に対しても、現在すでに 7 万人を超える社会的入院患者に対し、どの医師がどのように責任を果たしたのか、説明はできていないといえる。このような苦い経験から、改正入院制度はより慎重に制度設計がなされるべきである。

なお、適切な判断を担保するためには、本来、入院時に指定医 2 名の判定を必要とすべきであるが、うち 1 名は他の 1 名の医師の判断を担保する意義を有するものであること、また、地域の実情に鑑み、迅速に外部の指定医の判定を受けられない場合があることも考慮し、急を要する場合には、入院時に指定医 1 名の判定を必要とし、他の 1 名の判定はその後 7 2 時間以内になされればよいものとする。7 2 時間以内に 2 名の指定医の判定がなされない場合は退院させなければならない。

(3) 要件 精神医療審査会による事後審査

ア さらに、患者の権利擁護を全うするためには、医学的のみならず法律的観点からも、真に公正な第三者機関による審査が保障されなければならない。

この点、裁判所による審査を行うべきというのが国際的な原則であるが³、現在の日本の裁判所は、医療観察法事件を扱っているとはいえ、医学的・法律的な審査を迅速に判断できる組織としてはまだ十分に成熟していないことから、精神医療審査会によって、この入院制度の適法性を審査させるべきである。

なお、この点につき、国際法律家委員会（ICJ）第 2 次調査団も、国

³ 市民的及び政治的権利に関する国際規約（国際人権（自由権）規約、又は国際人権 B 規約）9 条 4 項：逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、裁判所において手続をとる権利を有する。

際人権（自由権）規約9条4項の「裁判所」は「通常の裁判所である必要はなく、精神医療審査会に匹敵する専門的なトライビュナールであってもよいし、より形式にとらわれぬ手続で運営されてもよい」と報告している。もっとも、同調査団は、このような裁判所は独立したものでなければならないとし、現在各都道府県（及び政令指定都市）に設置されている精神医療審査会はこの点で不十分である。⁴また、弁護士等によって代理されることを認めねばならないとし、現行制度は弁護士等患者擁護者に対する予算措置がないことから「実質がない」と評価している。このように、現行の精神医療審査会制度には国際法上重大な欠陥があり、この点で、「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」では「国際人権B規約第9条第4項は満たされていると解されている」としているが、これは誤りである。この他にも、現行の精神医療審査会における手続では同調査団が裁判所に匹敵するために必要としている点について不十分な点が多々あるため、本件入院制度の実効性ある審査のための改善点についても、後述する。

イ 精神医療審査会では、入院時に行われる審査として、指定医2名の判定意見の適否について審査することになるが、前記の実体的要件を実質的に審査するためには、単に診断名だけではなく、病状の程度や医師が患者に対し説明した前記手続的要件の書面も添付されなければならない。

ウ また、本件改正入院制度が、最終的には患者が地域で生活することができる状態に持って行くための制度であることに鑑みれば、入院時において、医療を受ける権利を行使する意欲の持てる状態に持っていくための治療計画及び退院に向けた退院計画が立てられなければならない。精神医療審査会では、この二つの計画についても審査すべきである。

ここで予定される治療計画とは、医師の治療方針と予測される治療期間が明示されなければならない。薬物療法による場合は、使用予定の薬物や使用量についての計画も記載されるべきである。薬物名や使用量まで具体的に明記するのは、現在の審査請求の実務において、精神医療審査会内部で、医学的に治療内容を疑問視する意見が出されるケースが散見されるためであり、また、後の治療計画の見直しに資するからである。

また、退院計画については、入院先病院内の医師又は精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士などの有資格者が望ましい。）が責任を持って

⁴ この点は、第3次調査団においても繰り返し指摘されている。

具体的に記載することが望ましい。医師は退院計画については当該担当職員の社会復帰に向けた意見を尊重し、協議によって進めるべきである。

エ 精神医療審査会の審査対象は、入院時の入院の適法性のほか、審査時点の、すでに一定期間の入院治療を受けた時点における入院の必要性も審査すべきである。

オ 審査に当たっては、入院初期の患者の多くが急性期症状にあり、患者の主張を客観的に分析するために医学的知見を要する機会が多いことから、医師である委員が患者と直接面談して意見を聴取すべきである。また、入院が不当な身柄拘束にならないよう、法律家委員も患者と面談し、直接意見を聴取すべきである。

カ 精神医療審査会の審査期間については、入院先精神科病院は、入院時から10日以内に、判定医2名の意見のほか、治療計画及び退院計画の記載された入院届を精神医療審査会に提出することとし、上記入院届が提出されてから遅くとも1週間以内に審査し結論を出さなければならない。

本来、精神医療審査会による審査は、事後審査による適正の確保であるから、常置の精神医療審査会によって直ちに審査されることが望ましく、将来的には常設すべきであるが、常設のこなわない現状としては、1週間以内の審査もやむを得ないところである。ただし、それでも現状の精神医療審査会の運営の実情に照らせば負担は大きいとため、上述のような同審査会の体制の抜本的改善が不可欠である。

(4) 要件 代弁者

さらに、入院に当たっては、患者が自分の意見を伝えやすいよう、自己の意見を代弁する者を選任させるべきである。

この場合の代弁者は、家族、弁護士、精神保健福祉士又はその他地域の生活支援者となり得る者など、患者の権利擁護に資する者とする。特に、患者が入院の不当性を主張しているような場合には、国費による弁護士代弁者の選任も認めるべきである。

患者の代弁者は、遅くとも精神医療審査会による審査時には選任がなされていることを前提に、同審査会において意見を述べるものとする。

また、代弁者が迅速かつ実質的に患者の権利擁護活動を行えるよう、入院先病院は、代弁者による診療録開示に積極的に応じ、患者と代弁者が電話で直接話ができるよう配慮すべきである。また、代弁者が希望する場合には、可能な限り主治医と代弁者の電話による通話も認められるべきである。将来的には精神科病院と各精神保健福祉センターとの間でテレビ会議システムに

よる面談ができるよう計画されるべきである。

(5) なお、上記の精神医療審査会による事後審査及び代弁者制度については、現行の措置入院においても認められるべきである。

第4 地域に戻るための審査

1 入院継続審査について

現在の精神科医療においては、新規入院者のうち約6割は3か月未満で退院しているという現状に鑑み、改正入院制度においては、入院期間を原則3か月以内とし、その後の入院継続が必要な場合は、入院時に提出した治療計画との関係で3か月以内に強制入院解除に至らなかった理由を具体的に記載した上、入院継続の必要性と新たな治療計画及び退院計画を記載した入院継続届出書を精神医療審査会に提出し、その審査を受けるべきである。

2 強制入院期間の上限の設定

前項の入院継続審査を受けた場合であっても、現在の精神科医療においては新規入院者の約9割が1年未満で退院しているという現状に鑑み、強制入院制度は1年を上限とすべきである。

この点、逆に、残りの1割の患者が1年以上の入院をしているという現状を前提とすると、入院期間に上限を設けるべきでないという立場も考えられるが、これを無制限に認めた場合、患者は実質的な社会復帰が困難になり、そもそも患者の地域で生活する権利を保障することができなくなってしまうことこそ留意されなければならない。実際に、いわゆる「社会的入院」の解消が問題とされて久しいが、問題視されながら直ちに解消できない要因の一つに、長期入院によって社会の環境が大きく変化し、患者が現在の社会に対応できないという実情があることを重視すべきである。また、入院が長くなればなるほど帰ることのできる家や支援者がなくなり、一層社会復帰が困難になるという事情もある。医療関係者は、患者が地域生活に戻れるよう1年間全力を尽くすべきである。

したがって、長くとも1年で強制入院は必ず解除するものとし、患者は必ず地域に戻るという前提で、関係者は、入院中も地域で生活するための基盤を維持し、退院に向けた調整を行うべきである。残念ながら退院後に再度強制入院が必要になった場合は、その都度、新たに強制入院の実体的要件について、所定の審査を受けるべきである。

3 退院請求の充実

さらに、患者が地域社会に戻りやすくするために、現在行われている退院請

求の審査もより一層充実させるべきである。

そのために後述する精神医療審査会の充実が強く求められるが、特に退院に向けた審査会の積極的な権限行使が望まれる。

4 退院に向けた支援

また、患者の退院が容易に行われるよう、患者が地域生活を営む上でのコーディネーター制度（医療観察法における社会復帰調整官の通院段階の役割を想定している）を導入し、強制入院がなされた場合には、その者が患者の退院のための環境整備の役割を入院直後から行うようにすべきである。また、制度の利用を促進するため、公費又は医療保険の適用が認められるべきである。

第5 精神医療審査会の改善

改正入院制度において、患者の権利擁護を保障するためには、精神医療審査会が、これまで中心とされてきた書面審査だけではなく、上述した入院時の面談による意見聴取を含む実質的な審査が行わなければならない。ところが、現在の精神医療審査会は、その努力により国際水準に近い運用がなされているところがあるとはいえ、全体的には患者の権利擁護の観点からは不十分であり、新たな制度改正を行うこの機会に、抜本的な精神医療審査会の改善が求められるべきである。そこで、以下の改善点を求める。

1 精神医療審査会の在り方

精神医療審査会は、その独立性を高めるため、運営に必要な費用は公費から賄われるとしつつも、都道府県から独立し、独自の事務局を持つべきである。

また、迅速に審査を行い、患者に対し医療的助言、法的助言、福祉的助言を行えるよう、精神医療審査会は常置の機関とすべきである。

2 精神医療審査会の構成

現在の精神医療審査会においては、5人の委員により審査を行うものとされ、また、法律に関し学識経験を有するものとして弁護士は含まれるものの、必要的とはなっていない。しかし、本件入院制度に対応し、定期的な書面審査ではない随時行われる意見聴取を伴う審査に実質的に対応するためには、弁護士が適任である。また、入院時審査の機動性を確保するためには、必ずしも5名という定員を維持する必要もないというべきである。

なお、国際法律家委員会の第3次調査団報告においては、精神科医1名、弁護士1名、その他精神保健の分野で経験を有する者（例えば精神保健福祉士等）1名で構成されるべきとされている。また、同調査団報告においては、精神医療審査会の委員の数は、都道府県の精神科医療ベッド数に比例すべきであり、

少なくとも3000床ごとに3名の委員から成る委員会，各精神医療審査会に最低5つの委員会が必要であるという点が指摘されていることも参考にすべきである。

3 精神医療審査会の権限

現在の審査においては，精神医療審査会内部で有意義な議論がなされながら，入院先の病院に対してこれが伝えられなかったり，強制力がないなどの理由から，その効果が半減してしまっている。

そこで，改正入院制度の審査においては，精神医療審査会は，直接，入院先の病院に対し，治療計画や退院計画について指導又は助言をなし得るものとし，入院先病院はこれを尊重して必要に応じて治療計画及び退院計画を見直すこととすべきである。

また，精神医療審査会は，入院先の病院に対して要望を出し得るものとし，これについて期間を定めて追って結果報告させることもできるものとし，結果によっては職権による再審査を可能とすべきである。

国際法律家委員会第2次調査団報告においても，精神医療審査会がより良い治療を命ずる権限を行使することが望ましいとされている。

4 患者の手續保障を全うするための制度

現行の厚生労働省通知に基づく「精神医療審査会運営マニュアル」では，患者の意見聴取が必要的になっておらず，これは，精神医療審査会手續が国際人権（自由権）規約9条4項の手續として適法であるために必要であるとした国際法律家委員会第2次調査団報告の要請に適っていない。

また，同マニュアルでは弁護士による権利擁護を受ける権利についての告知や代理人に対する資料の開示が認められているにもかかわらず，これらが現状では徹底されていない。

国費による弁護士等代弁者制度が求められている点も前述したとおりである。

したがって，患者には必ず弁護士を中心とする代弁者が国費で付けられるべきであり，代弁者ないし代理人は審査記録の閲覧権を有すると明記し，患者の意見聴取及び代弁者選任権の告知を徹底すべきである。

また，患者が主治医以外の医師の意見を求める機会を保障するために，精神医療審査会の審査の場で，患者は医師である委員に対し医師としての個人的意見を求めることができることとする⁵。

⁵ 国際法律家委員会第2次調査団報告においては，患者に対し，精神医療審査会合議体に対する質問の提出や，自ら選んだ精神科医による第二の意見を求めることを直接に申し立てる権利を認めている。

5 不服申立制度の確立及び保障

患者が審査内容を確実に理解し、自身の疾病とその回復可能性の理解に役立つように、審査の場にできる限り患者は立ち会い、直ちに決定を下され、決定内容について直接口頭で委員から説明を受けられるようにすべきである。また、同時に、審査会の決定については、実体要件についての結論と理由を明示した書面が患者に交付されるべきである。

このような手続を尽くした上で、なお患者が精神医療審査会の決定に対して不服がある場合は、裁判所に対し不服申立てできるものとすべきである。現行制度においては患者のための不服申立制度がなく、この点については国際法律家委員会第2次及び第3次調査団において繰り返し指摘されているところである。

第6 費用負担について

従来、医療保護入院にかかる費用は、沖縄県を除き、通常の医療費と同様に本人負担とされ、患者又は事実上家族が負担してきた。

しかしながら、同入院は患者本人による契約に基づくものではなく、患者に医療の内容や医療機関の選択を許さない強制的な制度である以上、本人の意思に反して医療費を負担させるのは重大な問題を孕んでいたといわなければならない。

他方、公費負担でなかったために医療費の抑制といった観点からの積極的な制度改正が試みられず、また、一部の医療機関では、医療保護入院にいわゆる差額ベッドを導入することにより、より高額な費用を取得したり、患者の受入を選択したりするなど、都合よく医療保護入院を利用してきたという側面があることも事実である。

このような制度の歪んだ運用を助長することのないよう、契約に基づかない強制入院であることを明確に自覚し、強制入院にかかる費用は全額公費負担とすべきである。

また、医療費のほかに、上述したような本件改正入院制度の運用や精神医療審査会の改善には現行以上の相当な費用がかかることが予想されるが、これは、患者の自由を制限する制度である以上、やむを得ない支出というべきである。国民の理解が得られないとの意見があるが、そもそも罪を犯した疑いのある被疑者・被告人においても国選弁護人選任権が認められ、適正手続が保障されているのであるから、これに準じて、強制入院によって自由を制限する手続に必要な制度を設けることについては当然に国民の理解は得られるはずであり、むしろ、得られるよう理解を求めるべきである。費用負担を理由に人権の保障をないがしろにす

ることは本末転倒であって、許されてはならないことである。

第7 地域精神医療の充実

患者が通院治療を原則としながら地域で暮らしていくためには、地域精神医療体制とこれを支える福祉政策の充実が必要不可欠である。

現在、医療観察法においては、一部の精神障がい者を対象として高度先進医療と豊富な医療スタッフを投入して強制入院治療を行い、社会復帰調整官をはじめとする退院に向けた人的支援も充実させているが、このような制度をもってしても、当初の入院治療計画期間である18か月を超えてもなお入院を継続せざるを得ない患者が多数の指定入院医療機関に滞留している。これは、現在の日本社会に、いかに地域で精神障がい者が生活できるだけの制度・設備が不足しているかを物語るものである。

したがって、真に強制入院を最小限に抑え、患者の地域で暮らす権利を実質的に保障するためには、まずは、退院に向けた家族等との環境調整、仮に家族が退院患者の受け入れに消極的な場合には受け入れ可能な住宅環境(グループホーム、賃貸住宅等)の整備、さらには退院患者が通院治療を継続できるよう訪問看護、アウトリーチ支援、家族支援、救急医療体制の充実など、地域精神医療体制及び福祉政策を広く進めるべきである。そして患者の社会参加を進めるために差別禁止立法を制定し、社会生活をしやすい環境を整えるべきである。現行精神保健福祉法2条は、国及び地方公共団体の義務として医療施設及び教育施設の充実を例に挙げて医療保護及び医療福祉施策の実施を求めているが、患者の社会復帰の促進及びその自立という本法の目的(1条)のためには、社会復帰施設や住宅施設、そして上述の支援体制の充実こそより強く求められる。この点も、本法の抜本的改正に当たっては留意されるべきである。

現在、厚生労働省は重点的に対策に取り組むべき疾病としてこれまでのいわゆる四大疾病に精神疾患を追加して来年度からの医療計画策定を求めているが、精神疾患は地域福祉政策との連携なくして解決できない疾病である。精神疾患は、他の疾患と異なり、完治ではなく寛解を目標とする疾病であって、いかに安定した地域生活を送ることができるかが患者にとって必要である。厚生労働省は、省内の関係部署の連携を強化し、真に精神疾患患者が地域で生活しながら医療を受けられるよう、制度の整合性をとりつつ新たな制度設計を進めるべきである。

以上