

精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議

全ての人の尊厳は守られなければならない。

しかし、精神障害のある人の中には、入院を強いられた人、数十年もの長期にわたり地域で暮らすことなく精神科病院で一生を終える人、思春期の真ただ中で出口の見えない隔離強制に絶望し自死を選択する人、入院中の強制、侮辱、暴言、暴力、身体拘束等を受けて心に深い傷を負った人、地域の差別偏見によって孤立と貧困に喘ぎ、ときに否応なく社会から隔絶されることを恐れながら生きる人も少なくない。

長期間の入院隔離は、その人の人生に決定的かつ重大な影響を与える。人格、名誉、尊厳を傷つけ、地域で等しく教育を受け、人を愛し愛され、働き、家庭を築くなど、あらゆる場面において、人生選択の機会を奪い、人生の発展可能性を損なう。

これらの人権侵害は、精神障害のある人に対する特別な法制度がもたらしている。

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」という。）は、精神障害のある人だけを対象として、精神障害があることを理由に、強制入院制度を設けた。期限のない施設隔離によって、その人の人生と尊厳を制約してきた。この法制度が精神障害のある人に対する差別偏見を規範化し、精神障害のある人は地域から隔離排除すべきとの誤った社会認識を構造化した。

在宅支援や退院後の地域生活に必要な資源を提供せず、精神障害のある人とその家族の孤立と貧困をもたらし、地域生活に障壁を作った。

これらの繰り返しによって、精神障害のある人が地域において、居場所と仲間を得て、人としての尊厳を保ちながら、平穏に人生を送ることを妨げた。

当連合会は、1971年10月23日の第14回人権擁護大会において、「医療にともなう人権侵犯の絶滅を期する」と宣言し、その後も精神障害のある人に対する度重なる人権侵害に懸念を表明してきた。

しかし、精神障害のある人に対する人権侵害は重ねられており、当連合会は、精神障害のある人の尊厳を守るための法制度改革も、被害回復も、法的援助も、十分には果たせなかった。

日本は2014年に障害者の権利に関する条約（以下「障害者権利条約」という。）を批准した。同条約は障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、固有の尊厳を尊重するため、第14条第1項で「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」と規定している。

当連合会は、今一度、精神障害のある人に対する障害を理由とした人権侵害の根絶を達成するために、現行法制度の抜本的な改革を行い、精神障害のある人だけを

対象とした強制入院制度を廃止して、これまでの人権侵害による被害回復を図り、精神障害のある全ての人の尊厳を保障すべく、以下のとおり、国に対して法制度の創設及び改正を、国及び地方自治体に対して多様な施策を実施するよう求めるものである。

1 精神障害のある人に対する医療法・医療制度の抜本的改革

- (1) 精神障害のある人だけを対象とし、緊急法理を超えて、本人の意思に基づかない入院を許す精神保健福祉法による強制入院制度を廃止し、廃止に向けたロードマップ（基本計画）を作成し、実行する法制度を創設すること
- (2) 精神科医療においても等しく適用される、患者の権利を中心にした医療法を速やかに制定し、インフォームド・コンセント法理を始め一般医療と同等の質及び水準の医療を提供することを確認し、その運用、周知のために必要な法整備を行うこと

2 精神障害のある人の入院に伴う尊厳確保のための手続的保障

強制入院制度廃止までの間、精神障害のある人に対する強制的な入院や行動制限等尊厳に関わる取扱いには、次の手続的保障を前提とすること

- (1) 精神医療審査会制度が厳格に運用されるよう、その独立性、委員構成及び審査手続等を抜本的に見直し、国が必要な予算措置を講ずること
- (2) とりわけ、強制入院の開始時には、入院後遅滞なく入院者との面談を実施するなど、入院及び継続の要件の審査について、実効性のある実質的な審査手続となるよう抜本的な改革を行うこと
- (3) 入院者の退院請求・処遇改善請求の権利を保障するため、無償で弁護士を選任し、援助を受けることができる制度を速やかに創設すること

3 精神障害のある人の地域生活の実現

- (1) 精神障害のある人について、その人にふさわしい地域生活を保障するため、精神病床を削減し、精神科医療にかかる予算や医療従事者を地域医療福祉へと計画的かつ円滑に移行させること
- (2) 精神障害のある人が地域で自分らしく安心して暮らすことができるよう、住居確保、障害年金や生活保護等による所得保障の充実、雇用環境の整備、精神的不調等が生じた場合に地域生活を継続するための相談・支援等、必要かつ実効的な障害福祉サービス体制を確立すること
- (3) 精神障害のある入院患者が不安なく地域で暮らすことを指向できるよう、地

域移行に向けた明確な目標を定め、病院施設にピアサポーター及び福祉専門職による退院支援活動の受入れを義務化するなど、目標達成を確実にする施策を立案し、そのための予算措置を講じること

(4) 精神障害のある人の地域生活が、家族への負担と責任にならないよう、実効的な相談・支援体制を構築すること

4 精神障害のある人の尊厳の回復及び精神障害のある人に対する差別偏見のない社会の実現

精神障害のある人に対する患者隔離の法制度がもたらした構造的な人権侵害、それにより社会構造となった根深い差別偏見の実態について、調査・検証し、損なわれた尊厳と被害を回復させるための法制度を創設するとともに、差別を解消しインクルーシブな社会を実現するため、市町村の中心部に交流・相談等の地域拠点を整備するなど誤った社会認識を是正する実効的な施策を行うこと

5 障害者権利条約の求める、人権の促進及び擁護のための国家機関（国内人権機関）の地位に関する原則（パリ原則）にのっとった国内人権機関の創設及び個人通報制度の導入

精神障害のある人の尊厳確保のために、障害者の権利保障を担保する国内人権機関（障害者権利条約第33条第2項）を設置すること及び同条約の選択議定書を批准して国連への個人通報制度を導入すること

当連合会は、上記各施策の実現のための諸活動を強化するとともに、速やかに、精神科病院に入院する人が、いつでも迅速に利用できる弁護士選任制度を全ての弁護士会に創設し、権利擁護のために他の専門職種と連携して必要な態勢を図ることに全力を尽くす決意である。

以上のとおり決議する。

2021年（令和3年）10月15日
日 本 弁 護 士 連 合 会

提 案 理 由

第1 精神科医療における強制入院制度等による人権侵害の実態

1 社会からの隔離

日本の精神科医療制度は、1960年以降世界の潮流に反して病床数を増大させ、総数でも人口比でも世界最大の患者収容数となっている。入院期間は世界平均の7倍に上り、その半数が法的強制の下での入院を強いられている。

数十年もの長期にわたり、地域で暮らすことなく精神科病院で一生を終える人、思春期に入院を強いられ出口の見えない状況に絶望し、退院後も地域で孤立して生きる人が数多く存在する。

例えば、20代から40年間も入院生活を余儀なくされた人は、2011年の東日本大震災により入院中の精神科病棟が医業停止したことを契機に、地域の中で生き生きと暮らし始めた。その姿が世間に与えた衝撃は、記憶に新しい。

2 恐怖心、屈辱感、自己喪失感による深刻なトラウマ

強制入院制度は、ある日突然、閉鎖病棟や保護室の中に閉じこめられ、社会から隔離される。その結果、多くの人たちは恐怖心、屈辱感、自己喪失感に苛まれる。医療及び保護の名の下に、そうして人間の尊厳が奪われ、心に深い傷を負い長く生きづらさを抱えて生きる人々を生み出す。

例えば、それまで精神科の入通院歴がなかった30代前半の女性は、生後間もない子と共に訪れた精神科病院で、医師から診察であると告げられた後、2、3の間診を受けて医療保護入院とされ、そのまま幼子と引き離された。その後3か月間保護室隔離されたこの女性は、我が子を残して不安と恐怖に苛まれ、誇りと自信を喪失し、人を信じることができず、子とまた引き離される不安を抱き続けるトラウマ（心的外傷）を後遺した。

3 精神科病院における権力構造のもたらす問題

強制入院制度は、入院者に対する隔離や身体拘束、通信・面会・外出の制限といった行動制限と相まって、強制的に入院させる権限を医療従事者に付与することから、入院者と医療従事者との間に閉鎖的で構造的な権力関係を生み出し、入院者を治療や保護の客体とみなして脱主体化し、その思いや声を軽視する実態を生み出している。このような精神科病院における権力構造と密室性は、医療従事者による劣悪な処遇や虐待等を生み出す温床となっている。

最近でも、2020年3月、兵庫県神戸市所在の精神科病院において、看護師らが入院者に対し、①裸にしてトイレで座らせ、顔にホースで放水した、②柵付きベッドを逆さに覆いかぶせて閉じ込めた、③男性入院者同士に無理やり

キスや性的行為をさせるなどの虐待を行っていたことが発覚した。こうした虐待はこれまでも度々発覚しており、氷山の一角にすぎず、これらの問題は、強制入院制度を前提とする精神科病院における権力構造に由来している。

4 強制入院による人権侵害

精神障害のある人を対象とする強制入院制度は、本人の意思に反する社会からの隔離により、精神障害のある人の基本的な自由と他の人と同じように地域で平穏に暮らす権利を奪い、恐怖心、屈辱感、自己喪失感による深刻なトラウマを与え、憲法第13条が保障する個人の尊厳を深く傷つけている。

5 日本の精神科病院における強制入院制度及び実態の特異性

日本では、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」という。）において、精神障害のある人を対象とする強制入院制度（措置入院、医療保護入院等）を定めている。そのうち、①措置入院は、精神保健指定医2名による診察の結果、精神障害者であり、かつ、自傷他害のおそれがあることを認めたとときに都道府県知事による入院措置で（精神保健福祉法第29条）、また、②医療保護入院は、精神保健指定医1名による診察の結果、精神障害者であり、かつ医療及び保護の必要があり、任意入院が行われる状態になると判定され、家族等のうちいずれかの者の同意があるときに精神科病院の管理者が入院させる制度（精神保健福祉法第33条）である。

EU諸国では強制入院の比率が平均10%台であるにもかかわらず、日本では、2020年6月30日時点で、入院者約27万人のうち、約13万人（約48%）が医療保護入院であり、入院者のほぼ半数であるとされている（精神保健福祉資料（令和2年度））。また、新規の医療保護入院の届出件数は2016年度以降、年間約18万件超と高止まりの状態が続いている（厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度～令和元年度）」）。

医療保護入院は、その意に反する入院でありながら、司法審査を欠き、期限の定めがなく、さらに入院費用の負担を強いるという点で、世界でも特異な強制入院制度である。

また、任意入院を拒否すれば強制入院にされるという事情から、任意入院という法形式にもかかわらず、自らの意思で退院することを困難にし、退院したいと求めることすらできないような、長期入院を強いるケースも多い。

実際、精神病床の平均在院日数は、2017年の統計によると、OECD加盟国の多くが40日を超えていないにもかかわらず、日本では260日を超えており、突出して長い（OECD Health Data／厚生労働省「患者調査」（平成29年））。厚生労働省の調査によれば、2017年の入院者

約27.8万人のうち、5年以上の長期入院が約9.1万人（約33%）、10年以上の長期入院が約5.4万人（約19%）となっている。また、約27.8万人のうち、「受け入れ条件が整えば退院可能」されるのは約5万人に上る。（厚生労働省「患者調査」（平成29年））

日本は、国連拷問禁止委員会から、繰り返し勧告を受けている。例えば、2013年の総括所見では、非自発的治療と収容に対し効果的な司法的コントロールを確立すること、収容されている患者数を減らすことなどが求められた。

2018年、国連恣意的拘禁作業部会は、日本の精神保健福祉法上の措置入院の事例が恣意的拘禁に当たると勧告している。

第2 精神障害のある人に対する医療法・医療制度の抜本的改革

1 精神障害のある人を対象とする強制入院制度の廃止の必要性

(1) 強制入院制度が無くならない限り、精神障害のある人の尊厳が確保された社会を実現することはできないこと

強制入院制度は、対象となった人の人生に決定的かつ重大な影響を与える。人格、名誉を傷つけ、地域で等しく教育を受け、また、人を愛し愛され、働き、家族を持つなど、生活のありとあらゆる場面で、人生選択の機会と発展可能性・自己実現の可能性を大きく損なわせ、隔離による人生被害を生じさせる。ハンセン病問題が示した教訓の一つである。

このような人権侵害は、個々の精神科病院や医療従事者の問題ではなく、強制入院制度に由来する構造的な支配的關係性と差別偏見が生み出すものであり、患者隔離の法制度を無くさない限り、繰り返してしまう。

日本でも2004年9月に厚生労働省が「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉の改革ビジョンを掲げ、①早期退院の実現を含む精神医療の改革、②精神障害、精神疾患に対する国民の理解の深化、③地域生活支援の強化の枠組みが提示され、そのための実践が各地で展開された。最近でも、2017年2月の「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」において、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム（医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加等が包括的に地域で確保されるシステム）という考え方を新たな基軸とすることが指摘されている。

しかしながら、強制入院制度により、入院者の思いや希望が軽視され、医療者の判断が優先される結果、地域の個々の事業所やケースワーカーが努力しているにもかかわらず、退院促進が十分に進まず、長期入院が無くならない。

中には、本人が地域で暮らすことを切望し、周囲の人々も協力の意を表明しているが、医療専門職が反対し、退院が妨げられるケースもある。強制入院制度がある限り、個人の尊厳が確保されず、精神障害のある人が安心して地域で暮らせる社会を実現することはできない。

また、疾病や障害を理由とする強制入院制度は、対象となる疾患及び障害を理由に他の者には認められない自由剥奪を制度化している点で差別的である。このため、対象者及びその家族に対する差別偏見を強固にし、誤った社会認識を植え付け、これに基づく社会構造としての新たな差別偏見を作出・助長し、その人の地域生活に更なる障壁を構築する。ハンセン病問題が示す二つ目の教訓である。

精神障害のある人に対する強制入院制度は、ハンセン病患者に対する強制入院制度と同様であって、差別偏見を作出・助長する患者隔離制度に他ならない。

加えて、精神保健福祉法の強制入院制度は、民間精神科病院の管理者及び指定医に広く強制権限を付与し、公的な持続的監視制度も、適法性確保システムも有しない。強制した医療の費用を本人や家族に負担させ、さらに、家族等の同意を入院要件とすることで家族間に不要な葛藤を生じさせるなど、大きな不条理を抱えている。民間病院は経営の観点から、強制入院を抑制する動機に乏しく、患者とは利益相反関係にある。法による強制権限行使の適法性をこのような医療者の善意に委ねているといっても過言ではない。

強制入院件数や入院期間を増大させ、入院者の約半分以上が強制入院という異常な状況を作り出している。この欠陥は是正されず、人権侵害を繰り返している。

日本の精神障害のある人を対象とする強制入院制度は、精神障害のある人の尊厳を確保する社会とは矛盾するものである。

(2) 障害者権利条約及び障害者権利委員会の強制入院制度廃止の要請

日本が批准した障害者の権利に関する条約（以下「障害者権利条約」という。）第14条第1項は、「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」と規定して、障害に特化した強制入院制度を、差別的な自由剥奪制度として許容しないとする。

障害者権利委員会の同条に関するガイドライン及び国連人権高等弁務官事務所が世界人権宣言60周年記念に表明した所見は、これを明確に述べ、精神障害のほかに自傷他害の危険性や同意能力の欠如等の要件が加えられても差別的な強制入院が許されないことには変わりがないと声明した。各国の条約

遵守状況を審査する障害者権利委員会は、各政府報告審査において、強制入院制度の廃止を勧告している。

障害者権利条約に関する一般的意見1号(2014年4月11日採択)は、「強制治療は効果がないことを示す実証的証拠と強制治療による深い苦痛とトラウマを経験した精神保健制度利用者の意見があるにもかかわらず、世界各地の精神保健法で現に行われている侵害行為であるから、締約国は強制治療を容認しあるいは実行する政策と法律を廃止しなければならない。委員会は締約国に対し身体的又は精神的インテグリティ（障害のある心身もそのままの状態）で尊重されることに関する決定は当事者が十分な説明に基づく自由な同意を示した場合にのみ下せるようにすることを勧告」している。

当連合会は同条約の早期の完全実施を求める。

(3) 強制入院制度の廃止に向けた国際的な動向

国際的には、強制入院制度廃止に向けた動きが一層強まっている。

国連の「到達可能な最高水準の身体的・精神的健康を享受する権利に関する特別報告官報告書」(2017年3月)は、社会権規約に基づき、日本を含む加盟国に対し、「医療における強制を抜本的に縮減させ、あらゆる強制的な精神科治療及び強制入院を終わらせることに向けた活動を促進することに目標を定めた具体的な方策をとること」を要請している。

また、欧州評議会では、2019年6月に、障害者権利条約に基づいて、強制的な精神科医療の廃絶に向けて加盟国が直ちに行動を開始するよう要請する決議「精神保健の強制の廃止：人権基盤アプローチの必要性」を採択している。

このような国際的な動向を踏まえた世界各国の強制入院制度廃止の動きに対して、日本は大きく遅れている。欧州諸国では、1960年以降脱施設化を進めた結果、世界の精神病床の約5分の1が日本にあり脱施設化からは程遠い。EU諸国では強制入院の比率は平均10%台であるのに対して、日本は入院者のほぼ半数が強制入院という状況にもある。

(4) 強制入院制度廃止に向けた精神科医療提供の実践の可能性

現在、日本で精神障害のある人は400万人を超え、うち約27万人が入院している。強制入院制度の廃止に当たっては、これらの人々全てに、患者の権利を保障する医療法により最善の医療を提供し続けなければならない。

精神科医療にアクセスできないなどとして、必要な医療の提供を滞らせることがあってはならない。

強制入院制度の廃止に向けた実践について世界の潮流を見ると、イタリア

の1978年の180号法（バザーリア法と呼ばれる。）による地域精神医療に向けた改革が有名である。

そして、近年においては対話を重視することにより入院を回避することは可能であるとの考えの下、諸外国において、ACT（包括型地域生活支援サービス。多職種 of 専門家チームが、地域で暮らす精神障害者に支援を提供するサービス。）、オープンダイアログ（急性期を含めた精神疾患の患者に対し、危機に即座に専門職や家族、友人等の関係者が集まって、本人と共に開かれた対話を繰り返して治療するフィンランドの試み。実績が蓄積されていると言われている。）等の実践により入院を回避するための取組がなされ、日本においてもこれらの実践が試みられている。

また、諸外国では、精神障害のある人のためのサービスについて、コ・プロダクション（公的なサービスについて、サービス提供者と利用者が、相互の創意を提供し合い協同することで、良き福祉や治療関係を創設していこうという英国発祥の試み。）が重視されている。

後述2で述べるインフォームド・コンセントの確立と、このような実践の普及等により、精神科医療へのアクセスを十分に確保し、精神障害のある人に対しても、すべからく患者の権利を中心とした医療法による最善の医療を提供する必要がある、かつそれは可能である。

(5) 強制入院制度の廃止に向けたロードマップ（基本計画）を作成・実行するための法制度の創設

強制入院制度の廃止に向け、精神障害のある人全てに最善の医療を提供し続けることが必要であり、そのための法制度の創設なしに、現在する入院者を直ちに一斉に退院させることはできない。

完全廃止に向けた期限を明確に定めた上で、それに至る段階的な措置を具体的に定めるロードマップ(基本計画)を国及び各都道府県において策定し、これを実行していく法制度が必要である。

その際、現に精神科医療を利用している権利当事者を含め、広く国民的な議論が必要であり、精神障害のある人及び当事者団体の主体的な参加を保障し、その意見を十分に踏まえたものでなければならない。

具体的には、次のような段階を設定し、時代の変化に応じた計画の見直しも想定しつつ、強制入院制度を段階的に縮減し、最終的に廃止するものである。

① 第一段階として、強制入院について、以下の厳格な実体的要件と手続的要件を定め、同要件を遵守するとともに、地域の社会資源を充実させる。

ア 精神保健福祉法の強制入院の要件を、少なくとも1991年の国連「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（以下「国連原則」という。）の「原則16 非自発的入院」（即時性、切迫性、入院に代替し得る手段の不存在等）を満たすように厳格化し、さらに入院期間の上限を設けるように改正すること。

イ 第3で後述するとおり、精神医療審査会の抜本的改革と弁護士の実務活動によって不当な強制入院を抑制していくこと。

ウ 第4で後述するとおり、不必要な入院を回避するとともに、現在入院している人が地域生活に戻り、平穩に生活するために必要となる地域の社会資源を充実させること。

② 第二段階として、強制入院権限を民間に担わせないこととし、強制入院が認められる医療機関を国公立系病院に限定するとともに、強制入院の費用は全て公費負担とすること。

③ 第三段階として、後述2で述べる患者の権利を定める医療法において、民法及び刑法が定める緊急避難等の規定を医療分野に通用する要件として厳格化し、非自発的入院の要件を限りなく絞り込むとともに、国内人権機関等によって患者の権利を守る制度を確立すること。

④ 以上の段階に応じ、現行の精神保健福祉法の強制入院条項を漸次、停止及び制限し、法律自体を一部廃止から全面的に廃止することとし、精神科医療をその他の医療一般と共に医療法に等しく包括させ、精神障害のある人だけを対象とする強制入院制度を廃止すること。

2 精神科医療においても等しく適用される患者の権利を基調とした医療法を速やかに制定するとともに、インフォームド・コンセント法理もまた等しく適用されることを確認し、その運用、周知のために必要な法整備を行うこと

上記1(5)の強制入院制度廃止のロードマップ(基本計画)実現のためには、精神科医療とその他の一般医療に共通する患者の権利を基調とした医療法、特にインフォームド・コンセント法理を中核とした法整備が必要であり、その運用、周知を徹底しなければならない。

(1) インフォームド・コンセント法理の内容

インフォームド・コンセント法理は、患者の人格的権利として、また医療者の法的義務として、既に最高裁判例によって確立している。

要約すれば、医療者が治療を行うには、当該患者の病状、治療の必要性、実施予定の治療内容及びこれに付随する危険性、他に選択可能な方法がある場合にはそれとの利害得失等について、患者に理解できる方法で説明して納

得を得るべき法的義務があり、これを欠く医療行為は、患者の権利を違法に侵害するというものである（最判平成13年11月27日他）。

(2) 精神科医療におけるインフォームド・コンセント法理の適用

ところが、精神科医療の現場では、精神障害があることを理由として「病識がない」「判断能力がない」「不合理に治療を拒否する」などと、この法理に反して、その要否が十分に検討されることがないまま、入院及び治療を強制し、インフォームド・コンセント法理が軽視されてきた。

しかしながら、精神科医療も「医療」である以上、インフォームド・コンセント法理は同等に妥当するものであり、精神疾患を理由として、安易に「保護の必要性」に重きを置くパターンリズム（父権主義）に陥ってはならない。

同法理によれば、専門家が持つ合理性の押し付けを許すのではなく、他の診療科と同等に、本人を取り巻く現実、立場、状況、人生選択への指向性等を踏まえた本人の選好決定を優先させなければならない。

第三者から見て、本人の能力の大部分が失われていると判断されるにしても、残された能力によって合理性ある判断が可能であれば、援助者がここにフォーカスを当て、能力を補完し、必要な援助とともに時間をかけた対話を繰り返すことによって、本人の意思決定を援助し、インフォームド・コンセント法理の思想の中核にある個人の尊厳を確保し、医療を提供することは可能である。

上記1(4)で述べた様々な対話の手法の実践は、こうしたインフォームド・コンセント法理を、精神障害のある人の生活の特性に応じて具体化しようとするものでもある。

(3) 精神科医療におけるインフォームド・コンセント法理の実現に向けて

精神科医療においてもインフォームド・コンセント法理を実現するためには、精神科医療においても等しく適用される患者の権利を中心にした医療法を速やかに制定しなければならない。

当連合会は、2011年10月7日の第54回人権擁護大会において、「疾病又は障がいを理由として差別されない」、「インフォームド・コンセント原則が十分に実践され、患者の自己決定権が実質的に保障される」こと等を内容とする患者の権利に関する法律の制定を求め、その後、同法大綱を制定したが、これらを踏まえ、発展させたものでなければならない。

第3 精神障害のある人の入院に伴う尊厳確保のための手続的保障について

1 手続的保障の重要性

強制入院制度は、人身の自由の剥奪であることから、適正な審査による手続的保障が求められる。市民的及び政治的権利に関する国際規約（以下「自由権規約」という。）第9条からは、強制入院時は、裁判所又はトライビューナール（独立公正な準司法機関）による審査が求められている。

しかし、措置入院は、2名以上の精神保健指定医の診察結果で、また、医療保護入院は、1名の精神保健指定医の診察と家族等の同意で入院が行われる。このように、日本の強制入院制度では、医師だけで強制入院を決定し、入院期間を定める実質的な権限が与えられている。

手続的保障のため、現行制度下では、精神医療審査会が、医療保護入院の入院届の事後審査、措置入院と医療保護入院の定期病状報告の審査を行っているが、書面のみによる形式的な審査にとどまり、形骸化している。精神医療審査会の審査総数は2019年度の統計では27万6862件で、入院や入院形態が不相当としたのは17件にすぎない（厚生労働省「衛生行政報告例」（令和元年度））。強制入院中の人権侵害事例が数多く明らかになっていることも考えると、現行の精神医療審査会による書面による事後的審査は、精神障害のある人の人権保障制度として機能しているとは認められない。

精神科病院に入院中の者又はその家族等は、精神医療審査会への退院請求・処遇改善請求権が認められ（精神保健福祉法第38条の4、第38条の5）、弁護士による代理請求権が保障されている。しかし、貧困及びアクセス障害によって、ほとんどの事例において弁護士の介入はなく、強制入院、通信・面会の制限、保護室隔離、身体的拘束、閉鎖病棟隔離、外出・外泊制限等多岐にわたる制約から長期にわたって解放されることがない。

日本の精神医療審査会による審査制度は、これまでも度々国際機関に指摘されているように、自由権規約を始めとする国際人権条約に反する状態が継続している。憲法第13条、第18条、第31条及び第34条にも違反している。

したがって、現行制度下において、また、今後の強制入院の完全廃止までの段階的経過においても、精神障害のある人に対する強制入院及び身体拘束等の尊厳に関わる取扱いに際し、実効的な権利保障システムを策定することが重要である。

そのために、精神医療審査会の制度の厳格な運用、強制入院の開始及び継続における審査を抜本的に見直し、加えて、精神科病院に入院する精神障害のある人の権利保障のために無償の代理人選任制度を創設すべきである。

2 精神医療審査会の独立性、委員構成、審査手続等の抜本的改正

強制入院は人身の自由を剥奪する隔離収容であるから、適正手続の保障に、

医学的知見を加味するとしても、本人の権利保障に主眼を置き、真に公正かつ独立した、第三者機関による審査を実施しなければならない。

現行の精神医療審査会は、各都道府県(及び政令指定都市)に設置され、各都道府県内に事務局があり、行政機関からの独立性が確保されていない。都道府県から独立した独自の事務局を設置し、その独立性を担保する必要がある。また、委員構成は医療委員がその過半数を占める合議体がいまだに多く、結果として医療の必要性を過度に追認し、入院者の権利制限抑止機能を十分に果たしていない。なお、2020年度の精神医療審査会委員(予備委員を除く)は全国で1198名、そのうち過半数の668名が医療委員である(精神保健福祉資料(令和2年度))。公正性が担保されるよう、医療者の意見を参照するとしても、法的観点・福祉的観点からの審査を重視できる委員構成(弁護士会推薦の弁護士、当事者、家族及びその他有識者委員等)とすべきである。

審査手続は、本来あるべき準司法機関における適正手続として、弁護士代理人の証拠提出及び関係者に対する現地意見聴取請求を権利として認め、また代理人等に、提出された全ての資料の閲覧・謄写権、現地意見聴取手続への出席・参加権を保障すべきである。なお、代理人が迅速かつ実質的に権利擁護活動を行えるよう、入院先病院に対する迅速な診療録開示請求権及び依頼者との電話も含む会話の秘匿が確保された無制約の面談交通権を保障すべきである。

審査に際して、強制入院の現行の実体的要件が広範で明確性を欠いていることから、当事者の権利を過度に制限することがないよう、即時性、切迫性、入院に代替し得る手段の不存在等、要件を加えた上で該当性を厳格に判断すべきである。

審査の結果、強制入院を認める場合には、本人に対する不利益な判断であることから、法律上の要件該当性について具体的事実に基づく十分な判断理由を付すべきである。さらに、その判断の適正を担保するために不服申立て制度(上訴制度や裁判所での訴訟手続)を創設すべきである。

こうした独立の事務局の設置や実質的な審査手続(後記の書類審査の実質化を含む)を実現するには、地方自治体の予算だけに頼ることはできず、国が必要な予算措置を講じなければならない。

かかる見直しをしながら、早急に、権限・財源・事務局の独立性が厳格に担保された、自由権規約第9条が要請する「裁判所」(準司法機関も含む)による手続保障を実現すべきである。

3 入院及び継続時の審査手続の在り方

強制入院に対する事前の司法審査制度は無く、入院後の事後的な審査につい

ては、強制入院の入院届（なお、措置入院には入院届制度がない）を、また入院又はその継続の必要性については定期病状報告を、それぞれ審査する制度となっている。ところが、その運用状況は、入院者や病院管理者の意見聴取が必要的となっていないことも相まって（精神保健福祉法第38条の3第3項）、書面審査しか実施されていない。

入院者の権利保障のためには、強制入院の開始について速やかに適正な審査を実施することが重要であることから、精神医療審査会が、全ての強制入院について、入院後遅滞なく入院者との面談を実施するなどして実質的に法適合性を審査し、速やかに結論を出す制度として、これを運用できる体制を整えるべきである。継続時の審査についても同様である。そのために、必要な合議体の常設又は審査委員の大幅な増員等が必要であり、それに対する国による予算措置が不可欠である。

4 無償の弁護士選任制度の創設

強制入院制度がある間は、適正手続保障のため公正な第三者独立機関に対する退院及び処遇改善請求の権利を保障することが不可欠である。

現在、精神医療審査会に対する退院・処遇改善請求申立手続を利用する入院者は、精神科病院の入院者全体の2%程度にすぎない。さらに、強制入院となっている者の退院請求は、3%程度にすぎない。退院・処遇改善請求の申立てを本人の代理人（そのほとんどが弁護士代理人と推測される。）が行っているのは10%以下である（精神保健福祉資料（令和2年度））。

このような請求件数や代理人選任件数の低さは、精神科病院の入院者に認められる権利を実質的に保障していないことを示している。

強制入院中の権利保障を真に実効あらしめるためには、入院者のための独立した権利擁護者による法的援助アクセス権を保障することが重要である。このため、当連合会は、国に対して、その責務として国費による無償の弁護士選任権を保障する制度創設を求めるとともに、これに対応できる派遣当番弁護士制度を構築し、国とともに、その制度活用を入院者及びその家族並びに病院関係者に十分に周知していくこととする。

最低基準である国連原則の原則18の1項は、患者の弁護人選任権を保障し、資力が無い場合にも無償で弁護士を利用することができることを定めている。視察したイギリスとベルギーは、国費による弁護人選任制度を整備していた。

第4 精神障害のある人の地域生活の実現

1 地域生活保障の確立

(1) 誰にでも保障される地域生活

誰もが、病気や障害にかかわらず、地域で自分らしく暮らす権利があり、精神障害のある人にも、地域で他の者と平等に生活する権利がある。地域社会の中で平穏に暮らす権利は、個人の尊厳と人格の自由な発展に欠くことのできないものである（憲法第13条）。障害者権利条約も、障害のある人が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、特定の施設で生活する義務を負わないことを保障し、かつ、国に対して地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービス等の地域社会支援サービスを利用する機会の保障を定めている（同条約第19条）。

精神障害のある人は、治療・病状の名の下に、強制的に数年、数十年と長期にわたる入院生活を強いられ、地域で暮らす権利を奪われてきた。

精神病床がその人の生活の場と既成事実化し、病院スタッフでさえも退院支援意欲を持ち得ない状況がある。

一人ひとりがかけがえのない命を、一度きりしかない人生を、その人らしく地域生活の中で生きること、そして周囲がそれを支えることは、精神障害のある人にあっても実現可能である。

そのための支援は全て、権利当事者の主体性を中心に据え、高めつつ持続していく必要があり、ピアサポーター（障害当事者の支援者）及び多様な専門職が支援を連携・共同できるように共働する責務を負う。

(2) 精神科医療に関する予算・人の地域移行

精神障害のある人が地域で自分らしく生活することを保障するためには、精神病床を大幅に削減し、入院治療に配分されていた予算や人的資源を全面的に地域に移行することが必要である。地域での支援を実践しようとする医療関係者や福祉関係者に潤沢な予算を配分し、持続的な実践を更に活性化させなければならない。

現在、入院治療に充てられている予算や人員を地域に移行させると、精神病床の大幅削減と同時に、その分だけ地域資源が増える。今まで「行き先がない」「入院しかない」と看做されて入院を余儀なくされてきた精神障害のある人の数だけ、地域の中に、住まい、医療、福祉サービス、ソーシャルワーカー等による権利擁護支援によって、居場所及び職場等が確保され、仲間、出かける場所、求められる役割等の関係性が生まれる。その中で支え合いながら生活する場ができる。それにより仮に病状が悪化した場合にも、地域で支えられる体制が次第に整備されていくのである。

福祉や医療というフォーマルな制度と、仲間や居場所等のインフォーマル

な支援との相互作用によって、精神障害のある人の地域生活が実現できるはずである。

2 地域生活の実現・維持に必要な各種制度の充実化

精神障害のある人が主体的に人生を送ることについて社会が理解を深め、教育を受ける機会、働く場を含め生活のあらゆる場面において、等しく人生選択の機会と自己実現の可能性を保障する資源の整備及び利用が実現すれば、精神障害のある人も地域で自分らしく暮らすことができる。

精神障害のある人は、障害者白書によると約419万人とされているが、精神科に受診することによる差別偏見や強制入院させられることへの不安、あるいはそうした経験によって精神科医療を忌避することから、統計上の暗数になっている人も相当数存在する。

こうした全ての人には地域医療と地域福祉の資源を充実させれば、病状を悪化させても、入院に至らず地域で対応できるようになる。

入院以外の選択肢を増やし、可能な限り地域生活を継続できるような仕組みと資源の充実を早急を実現する必要がある。

(1) 居住場所の確保

精神障害のある人が民間賃貸物件を借りようとしても、差別偏見を背景に、契約を拒まれることは少なくない。精神障害のある人のためのグループホーム（職員から日常生活上の援助を受ける小規模な共同生活住居）を建設しようとしても反対運動が起き、建設断念に追い込まれる事態も現に存在する。こうした差別の撤廃に向けて、国及び地方自治体は責任を持って居住場所の確保のための施策に取り組むことが必要である。

(2) 生活の支援

退院を阻む要因として、「一人暮らしは困難」「支える家族がない」といった事情が示されることが多い。しかし、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）に基づく生活に必要な家事援助、外出時の支援等の各種サービスもある。一方で、共同生活援助（グループホーム）や地域移行支援といった退院に結びつく制度があるのに、精神障害のある人の利用件数は極めて少なく、退院支援等の場面で、事業所が精神障害のある人の利用に十分対応できていない。

精神障害のある人にも使いやすいように制度を改正するほか、情報提供の義務化及び事業所の取組改善が必要である。

(3) 働く機会の保障

働くことは所得保障であるとともに、生きがいとなり、生活の質を向上さ

せる。精神障害のある人の就職率は低く、仕事を得ても短時間労働や非正規雇用労働者の割合が高い。精神障害のある人が働くことを阻む事情を検証して課題を解消するとともに、働くために必要な合理的配慮の提供及び各種援助制度の構築が必要である。

(4) 所得の保障

入院中の収入は、2か月で13万円程度の障害基礎年金のみという人が少なくない。入院代等の支出を除くと小遣いも貯金もほとんどない。退院のための経済的課題が大きな障壁となる。さらに、障害年金の受給権のある人が、支援や情報不足のために障害年金を受給できていない場合も多い。

退院後の生活のために、入院中から生活保護の受給を認め、障害年金の受給を周知徹底するなど、入院者の実情に合わせた所得保障制度が必須である。

3 地域移行実現を支える仕組み

ピアサポーターや各種専門職による退院支援活動を法的に位置付けて、病院等の協力を義務付けるべきである。

精神障害のある人は、長期入院によって居場所を失い、帰る場所がなく、また地域で暮らした経験が不十分で退院に不安を抱く。それゆえ、精神科病院からの退院を希望しないかのように見える。長期間社会から隔離されたことにより行き場を失うといった患者隔離政策の結果であり、自ら望んだ結果ではない。

その本人が地域で暮らすという思いを再び喚起するための実効的な退院支援活動が不可欠である。とりわけ、同じ体験を持つピアサポーターの力は大きい。当事者体験を有するピアサポーターは、傷つき、自信を失った人たちに対して、自らの経験や今地域で暮らす姿を伝えることで、退院意欲を引き出す力をもつ。ピアサポーターにしかできないこのような活動を支援する制度及び予算が必要である。これらの円滑な連携を図るためにも、病院から独立した各種専門職の連携による退院支援制度の確立及び予算措置もまた必要不可欠である。

4 家族依存からの脱却

国は、医療保護入院における家族等の同意の要件を直ちに廃止し、地方自治体と共に、家族依存関係を解消するための具体的施策を講じる必要がある。

精神障害のある人の地域生活の実現においては、家族の負担解消を図ることが極めて重要な課題である。

患者隔離政策の下では、本人だけではなく、家族も固有の人生被害にさらされる。そうでありながら、本人は精神的にも経済的にも家族依存なくしては地域生活を維持できない状況の中に置かれている。この家族依存関係からの脱却は、精神障害のある本人にとっても家族にとっても重要なことである。

これまでの法制度は、家族と本人の関係性に、依存とその後の対立という複雑で解決困難な被害を与え続けてきた。

本人が家族への依存を必要とせずに地域で生活できるようにするとともに、家族も安心して暮らせるように、地域で本人及び家族がそれぞれ自立して生活するための居場所と仲間づくりを含む生活支援をするとともに、就労機会及び所得を保障する制度の確立が不可欠である。弁護士が既に患者の後見人や保佐人として選任されている場合も、そのような地域生活支援の視点は重要である。

第5 精神障害のある人に対する差別偏見のない社会の実現

1 強制入院制度により損なわれた尊厳回復のための法制度の創設

日本の精神科医療にかかる法制度は、「医療及び保護」の名の下に、精神障害のある人の尊厳を損なってきた。何年、何十年と精神科病院から出られず、その間、自由に行動することも、働くことも、学ぶことも、人を愛し愛され、家族を持つことも、さらには夢を描くことさえもできず、孤立と絶望の中でかけがえのないその人生の同一性・継続性・一貫性を断たれてきた人は少なくない。

患者隔離の法制度によって未曾有の人権侵害を行った、いわゆるハンセン病問題について、国は二つの確定判決を受け入れ、法的責任を認め、真相究明、被害名誉回復、再発防止及び原状回復等を速やかに実現することを約束した。法整備や第三者機関による調査・検証を行い、地方自治体と共に、隔離被害の回復及び差別偏見の解消等の施策を順次実施している。

ハンセン病と精神障害とは疾病の内容は異なるものの、隔離を実施する法制度によって人生や尊厳を奪い、まさしく隔離被害という点で同じである。

国は、強制入院制度による人権侵害の存在と過ちを認めて、ハンセン病問題と同様に、第三者機関による調査・検証を実施し、誤った法制度による人権侵害の社会構造的と共に、加害と被害の実相を解明すべきである。そして、国は損なわれた尊厳と被害の回復及び再発防止のための法制度を創設し、地方自治体と共に、隔離被害の回復を速やかに実現する必要がある。

2 差別偏見の解消とインクルーシブ社会（障害者や少数者を含む多様な共生社会）の実現

これまで強制入院制度を中心とした長年にわたる患者隔離政策により、国は、精神障害のある人及びその家族に対する差別偏見を形成してきた。強制入院制度による患者隔離制度は、「怖い」「何をするか分からない」といういわれなきイメージ、「精神障害のある人は強制的に入院させるべきだ」という誤った社会認識を植え付け、差別偏見の社会構造を構築した。

精神障害のある人は400万人を優に超え、その家族を含めれば4～5人に1人は当事者となる。晩年に至るまでには多くの人が精神障害に直面し、またその家族となるが、それは他でもない私たちである。差別偏見を解消し、精神障害のある人の地域生活を実現することは、私たちが終生地域で生活するために必要不可欠なことである。

国及び地方自治体は自らの責任として、実効的・継続的・制度的な差別解消策を実施しなければならない。そのための歴史検証と差別偏見解消のための法政策制定を速やかに行い、実現しなければならない。

第6 障害者権利条約の求める、パリ原則に則った国内人権機関の創設及び個人通報制度の導入

障害者権利条約第33条第2項は、本条約の実施を促進し、保護し、監視するための仕組みを設置することなどを求め、その際にパリ原則（人権の促進及び擁護のための国家機関（国内人権機関）の地位に関する原則）を考慮に入れるべきこととしている。本条約の国内実施のため、パリ原則にのっとった政府から独立した国内人権機関を創設するとともに、本条約の選択議定書を批准して、個人が国連の障害者権利委員会に救済を求めることができる個人通報制度を導入することが必要不可欠である。

強制入院による患者隔離を改め、社会制度が作出した差別偏見に対し、権利当事者の声を拾い集め、権利侵害に即応し、権限ある国内人権機関が国等に是正させ、個人通報を可能にする制度を実現すべきである。

第7 当連合会と弁護士会における活動の推進

当連合会が、精神障害のある人について主要なテーマとする決議又は宣言を人権擁護大会で採択したのは今から37年前で、精神保健福祉法の前身である精神衛生法の時代に開催された1984年10月20日の第27回人権擁護大会で行った「精神病院における人権保障に関する決議」が最後である。人権擁護大会のシンポジウムに至っては50年前の1971年10月23日に開催され、「精神病院と患者の人権」における「医療にともなう人権侵犯の絶滅に関する件(宣言)」を採択した時まで遡る。その後は、2012年12月20日に「精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書」を公表するなど、精神障害のある人の権利を保障すべき旨を表明してきた。また各地の弁護士会は、精神医療審査会への退院請求・処遇改善請求の代理人や精神医療審査会の委員等として、精神障害のある人の権利擁護の観点からの取組を担ってきた。しかし、精神科医療の名において繰り返

す数多くの人権侵害を止めることはできておらず、取組もまた十分ではなかった。

当連合会は、各地の弁護士会と共に、精神障害のある人の尊厳を確立するため、精神科病院の入院者の権利保障を損なうことがないように、各弁護士会において、本分野に関連する知識や経験を有する弁護士を入院者等からの要請に応じて適時に派遣する精神保健当番弁護士制度の構築に取り組んでいる。

現時点で、全52弁護士会のうち、当番弁護士制度・精神保健出張相談制度を有する弁護士会数は25会、準備中が8会と把握している。

当該制度を導入した弁護士会では、相談件数や退院請求等の認容件数の増加を始めとする入院者の権利保障の効果が認められている。

入院者に対する法的相談・支援は、強制入院に関わる権利行使の端緒となるだけでなく、地域生活の実現のための医療・福祉資源との連携・調整等につながる。当連合会は、こうした権利保障システムの実現に向けて弁護士及び弁護士会がその役割を果たすべく、全ての弁護士会において当該制度の導入を速やかに実現し、自らも必要な施策を講ずることを決意する。