

# 家族等の同意に基づく医療保護入院に関する 批判的検討

——政策形成過程と国際比較の観点から——

塩 満 卓

〔抄 録〕

長年精神障害者家族を苦しめてきた保護者制度は、2013年に成立した改正精神保健福祉法により廃止された。しかしながら、非自発的入院である医療保護入院の要件に、「家族等」の同意を残し、保護者制度廃止は、有名無実と化した。本稿では、保護者制度廃止とともに家族等同意による医療保護入院とした政策形成過程を行政資料を中心に精査した。また、非自発的入院の手続きや期間について欧州諸国との国際比較を行った。

研究の結果、「脱家族」の制度設計を目指すべきであり、そのために医療保護入院には、「公的保護者制度」を創設すること、準行政処分であることから入院費は公費負担とすること、非自発的入院であることから厳格な運用を図るためインフォームドコンセントと意思決定支援を制度化することを指摘した。さらに在宅生活においても家族ケアに依存しない施策として、居住系施設の拡充と訪問系支援体制の構築を目指すべきであるとした。

キーワード：精神保健福祉法、医療保護入院、公的保護者制度、国際比較、脱家族

## I. 序 論

### 1. 課題の設定

2013（平成25）年に施行された改正精神保健福祉法（以下「25年改正法」という）により保護者制度は廃止となった。1900（明治33）年の「精神病患者監護法」施行以来、脈々と続いた家族依存の政策に終止符が打たれ、歴史的な大転換の法改正となるのではないかと筆者は期

待した。しかしながら、非自発的入院である医療保護入院は、それまでの「保護者による同意」から「その家族等のうちいずれかの者の同意」を要件とすることに変更されただけである。同法第33条2項には「前項の『家族等』とは当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」と規定されている。つまり「25年改正法」の「家族等」は順位規定が無くなっただけの変更に過ぎず、従来の「保護者」と変わりはない。

「25年改正法」制定に向けて、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」<sup>(1)</sup>（以下「検討チーム」という）では、「家族等」の同意について、全く議論されていない。「検討チーム」の最終回である第28回においては、「医療保護入院の見直しに関する基本的な考え方」として、議事録は以下のように記されている。

保護者の同意がなければ退院することができない状況もあり得るため、入院が長期化しやすい。本人の意思に反して入院させるため、本人との間にあつれき生まれやすく、保護者にとっては大きな負担。…中略…こうしたことから、措置入院、任意入院以外の本人の同意によらない入院制度は維持しつつ、現在の医療保護入院にかえて、保護者の同意を要件としない入院手続とすることで、検討チーム・作業チームの意見は一致した。…中略…精神保健指定医1名による診察での入院開始とする。…中略…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、病院などに伝える代弁者を選ぶことができることとする。入院中の定期的な審査は、早期の退院を目指した手続の一環と位置づけるとともに、本人または代弁者が参画できるようにするなど、入院に関する審査の在り方を見直す<sup>(2)</sup>。

このように「検討チーム」は、医療保護入院と保護者制度に関して、①精神保健指定医1名の診察、②病院と雇用関係のない代弁者の選出、③入院中の定期的審査に代弁者も出席可とする、の3点を確認している。しかしながら成立した「25年改正法」は、この3点を全て無視した。大塚（2013：92）は、「家族等のいずれかを同意要件とし、制度名称も医療保護入院制度そのまま」ということについて、「改正案の一丁目一番地は骨抜き同然、むしろ改悪である」<sup>(3)</sup>と批判した。「25年改正法」で創設された「退院後生活環境相談員」制度は、医療機関に雇用されている職員であり、「検討チーム」における代弁者とは全く異なることを指摘しておく。

「25年改正法」附則第8条には、法施行後3年を目途に「医療保護入院の手続きの在り方」等について検討を加え所用の措置を講ずることが明記された。この附則第8条により厚生労働省は、2016（平成28）年1月7日に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会（以下、「検討会」という）」を立ち上げ、本格的な法改正作業に入った。その最中2016（平成28）年7月26日に「相模原事件」<sup>(4)</sup>が発生した。措置入院をしていた元福祉施設職員がかつて勤務していた福祉施設の多数の障害者を殺傷するという社会を震撼させた事件であったことから、急遽「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止検討チーム（以下「再発防止チーム」という）が立ち上げられた。「再発防止チーム」は、内閣総理大臣が主宰し、省庁横断的に内閣府、警察庁、法務省、文部科学省、厚生労働省、神奈川県、相模原市、そして法医学研究者、精神科医、知的障害者の親の会等の関係者で構成された。計8回の会議を経て、「再

発防止チーム」は、同年12月8日に「再発防止策の提言」<sup>(5)</sup>を纏めた。「検討会」は、本来の検討すべき「医療保護入院の手続きの在り方」は中途半端なまま、「再発防止策の提言」を全面的に取り入れる形で、2017年2月8日に報告書を作成した。この「検討会」報告書に基づき、2月28日に厚生労働省は、第193回通常国会へ「精神保健福祉法改正法案（以下「29年改正法案」という）を提出した。本稿執筆中（平成29年9月10日現在）、衆議院の閉会中審査に付されている。

「29年改正法案」は、「再発防止策の提言」に基づき、措置入院患者を入院中から退院後まで一元管理する内容が盛り込まれた。この件については、稿を改める。むしろ、「25年改正法」から始まった家族等の同意による医療保護入院は、「検討会」での議論を生かすことなく、存置されたままである。医療保護入院という精神障害当事者にとっては、強制入院である入院形態の決裁権を専門家でもない家族が持つことの問題点について、問うこととしたい。

## 2. 研究目的

本稿では、以下2つの観点から、家族等の同意による医療保護入院の問題点を検討することとしたい。1つは、「25年改正法」及び「29年改正法案」の政策形成過程において、厚生労働省内で立ち上げられた「検討チーム」及び「検討会」における医療保護入院のあり方に関する議論の推移について整理する。

2つめは、欧州諸国の精神科における非自発的入院形態がどのように運営されているのか、特に家族の非自発的入院に対する関与のあり方を中心に整理し、わが国との異同について比較検討する。

これら2つの観点から、家族同意による医療保護入院の問題点を論究し、今後の非自発的入院における家族の関与のあり方を検討する素材に資することを目的とする。

## 3. 研究方法

本研究は、文献研究により行った。主には、成書<sup>(6)</sup>及び行政資料並びに最近の精神障害者に関する研究報告書、「改正精神保健福祉法の保護者制度」に関する論文等の先行研究をもとに検討した。行政資料は、厚生労働省内に設置された「検討チーム」、「検討会」における議事録及び配付資料を研究素材とした。精神障害者に関する研究報告書は、以下の4つである。厚生労働省平成20年度障害者保健福祉推進事業「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」、厚生労働省科学研究費補助金による「精神障害者への対応への国際比較に関する研究（平成21年度～23年度）」、「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究（平成24年度～26年度）」、「精神医

療制度に関する法制度の国際比較調査研究（平成 25 年度～27 年度）」である。

## 4. 分析の視角

まず1つめの観点である家族等の同意による医療保護入院の政策形成過程の議論は、どのように展開してきたのか。以下4者の視角から分析を試みたい。1つは政策主体にとっての保護者制度、2つめは精神科病院からみた保護者制度、3つめは精神障害者家族からみた保護者制度、4つめは精神障害当事者からみた保護者制度、以上4つの視角から考察する。

2つめの観点である非自発的入院に関する欧州諸国の入院手続き及び入院期間について先行研究から確認し、わが国との相違点を整理し、考察する。

## II. 本 論

### 1. 保護者制度に係る政策動向と課題

#### (1) 保護者制度の淵源と廃止まで

保護者制度は、1900年の精神病患者監護法における監護義務者制度を淵源とする。監護義務者は、「後見人配偶者四親等内ノ親族又は戸主」とされ、行政庁の許可を得て私宅監置を行うことを定めていた。監護義務者のほとんどが家族であった。社会的支援策がほとんどなかった精神病患者に対する法制度の始まりにおいて、「精神病患者家族は、治安対策上、無償で機能する法の執行者」<sup>(7)</sup>として位置づけられていた。

監護義務者から始まる保護者制度とは、「精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の利益を保護するなど、精神障害者の生活行動一般における任に当たらせるために設置されたものである」<sup>(8)</sup>。表1「保護者制度の変遷」は、監護義務者制度以降をまとめたものである。池原（2011：286）は、こういった保護者に課せられた義務について、「社会防衛的色彩の濃い監護義務者制度から出発したが、徐々にその保守的、社会防衛的色彩を払拭して医療的パターンリズムに奉仕する方向にシフトし、患者本人の権限を補充する権利擁護的、アドヴォカシー的な役割へと変化してきている」<sup>(9)</sup>と評している。

池原は、保護者制度の問題点として、以下3点をあげ、次のように述べている。

- ① 本人の能力の状態とは無関係に保護者がつけられる。
  - ② 経済状態や居住形態から、保護と本人の利益相反関係になることもある。
  - ③ 保護者制度に終期の定めがなく終身的地位となることが常態。
- ③については、障害者権利条約12条4で「法的能力の行使に関連するすべての濫用を防止するための適切かつ効果的な保護が含まれることを確保しなければならない。そういった措置は可能な限り最も短い期間に適用する。権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査に服すること

を確保する」(池原, 2011: 287-288)<sup>(10)</sup>

また、山本は、保護者制度の問題点として、以下6点をあげている。

- ① 1人の保護者のみがさまざまな義務を行うことは、負担が多すぎる。
- ② 家族は必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らない(利益相反関係)。
- ③ 医療保護入院に保護者同意を要件とすることは、本人と家族の間に葛藤、軋轢を生じさせる。
- ④ 社会関係や家族関係が変化してきており、制度はそれに対応していない。
- ⑤ 義務規定が抽象的であり具体的意義は存在しない。
- ⑥ 保護者は民法714条1項の「法定監督義務者」として損害賠償義務を負う。(山本, 2017: 190)<sup>(11)</sup>

表1 保護者制度の変遷

法律	名称	ポリスパワー的	パターナリズム的	権利抑制／ 権利擁護的	アドボカシー的
精神病患者監護法 (1900年)	監護義務者	① 監置義務 ② 監置権限			
精神衛生法 (1950年)	保護義務者	① 自傷他害防止 監督義務 ② 措置解除者引き取り義務	① 治療を受けさせる義務 ② 診断協力義務 ③ 医師の指示に従う義務	① 同意入院の同意権 ② 精神病院に収容できない場合の保護拘束権	① 財産上の利益保護義務
精神保健法改正 (1993年)	保護者	① 自傷他害防止 監督義務 ② 措置解除者引き取り義務	① 治療を受けさせる義務 ② 診断協力義務 ③ 医師の指示に従う義務	① 医療保護入院者の同意	① 財産上の利益保護義務 ② 退院時等, 精神科病院, 社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法 (1999年)	保護者	① 措置解除者引き取り義務	① 治療を受けさせる義務 ② 診断協力義務 ③ 医師の指示に従う義務	① 医療保護入院者の同意権 ② 移送の同意権	① 財産上の利益保護義務 ② 精神医療審査会等への退院請求等申立権 ③ 退院時等, 精神科病院, 社会復帰施設へ相談する権利
精神保健福祉法一部改正 (2013年)	家族等 (扶養義務者)			① 医療保護入院者の同意権 ② 移送の同意権	① 精神医療審査会等への退院請求等申立権 ② 退院時等, 精神科病院, 社会復帰施設へ相談する権利

(出所) 塩満卓 (2017) 「精神障害者の家族政策に関する一考察」『福祉教育開発センター紀要』14, 85頁 表6 保護者制度の変遷を転載。

このように家族へ過重な負担を強いる保護者制度に対して、当然のことながら精神障害者家族の団体は反発した。全国精神障害者家族会連合会(以下、「全家連」という)は、1987(昭和62)年の精神保健法への改正の要望事項として、1986(昭和61)年9月に保護義務者について以下のように要望書(以下、「1986年要望書」という)を提出した。

本会員の多くが高齢化した親であり、實際上保護義務者となり、その義務を履行できるだけの精神的、体力的、経済的力量が衰えている。それにも関わらず、法の定めでは「扶養義務者が保護義務者」になるとしている。これは実情に合わない。保護義務者は保護能力を有すると認められた者に限定すべきである。また、市町村長が保護義務者となった場合は、入院の同意を与える権限だけでなく、「退院時の引き取り義務」「財産上の利益を保護する義務」も明示して欲しい<sup>(12)</sup>。

30年以上も前に書かれた「1986年要望書」であるが、形骸化している市区町村長同意だけではなく、入院治療を必要としなくなった際の帰在地の確保や権利擁護を含む公の義務を指摘しており、今の時代においても光り輝くものである。だが未だに実現していない。1998（平成10）年11月30日、仙台地方裁判所は法定監督義務違反として殺人を犯した精神障害者の父親に対して、5,000万円の損害賠償を命じた<sup>(13)</sup>。高齢の親が幻覚妄想状態の精神障害者の自傷他害監督防止を行うことは、現実的でない。この判決に対して、家族会をあげて自傷他害監督防止義務の削除の運動<sup>(14)</sup>が行われ、1999（平成11）年の改正精神保健福祉法では、自傷他害監督防止義務は削除された。法成立時、衆議院厚生委員会及び参議院国民福祉委員会において、保護者制度の見直しの必要性が指摘され、衆参の両委員会で「保護者制度の検討」が附帯決議された。

保護者制度の廃止となった「25年改正法」は、障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備を始めとする障害者制度の集中的な改革を目的とした「障がい者制度改革推進本部」が2009（平成21）年12月、内閣府に設置されたことを直接的な契機とする。2010（平成22）年6月には、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定され、精神保健福祉法の「保護者制度の見直し」と「社会的入院解消」が、法改正の柱となった。

これらのことを背景に、「検討チーム」は、「25年改正法案」の作成に向けて課題整理を行った。しかし、「25年改正法」は、保護者制度を廃止したものの、それに代わり「検討チーム」で全く議論されなかった「家族等の同意」による医療保護入院制度を創設した。

## (2) 「25年改正法」における「家族等同意」の背景

なぜ、「家族等同意」による医療保護入院を創設したのか。「29年改正法」案作業に向けた第1回「医療保護入院のあり方検討会」が、2016（平成28）年3月11日に開催され、「検討チーム」の構成委員でもあった柏木は、精神医療現場の精神保健福祉士の立場から以下のように発言している。

とてもがっかりしました。保護者制度をなくして、家族同意を残すという何とも言えない、感覚から言うと逆転劇みたいな感じ。現実に本当に寄り添って暮らしていらっしゃる方ばかりのご家族では決してありません。世界の果てまで家族を探せみたいなことを言われてしまうので、手続のときだけ一瞬だけ同意していただきたいことを電話で話をしたり、ご家族が1週間後に電話をかけてきて、実は離婚したのですけれどもいいのでしょうかという事例もありました。実際には入院時に同意をしていれば、

同意者の変更も必要がないという制度で、単に強制入院させるための安全策のために作られた以外に本当に患者さんの権利擁護になっているのかというのは非常に疑問に思います<sup>(15)</sup>。

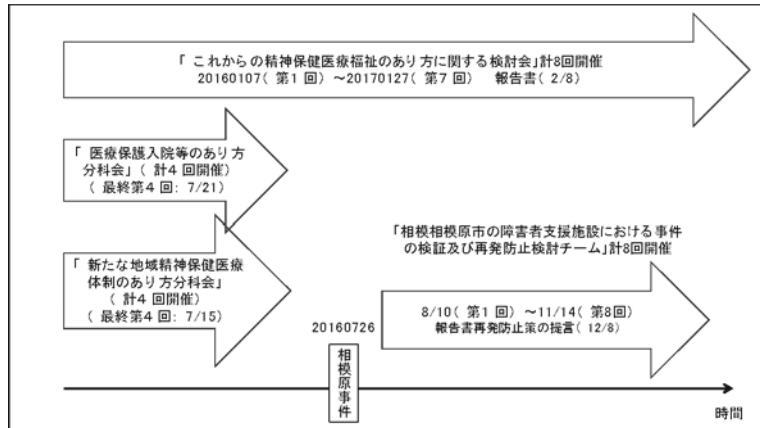
また、柏木と同じく「検討チーム」の構成委員で民間精神科病院の理事長である千葉は、「家族等のいずれかの者の同意を要件とするとされたのは、少なくとも検討会の中で一つとして触れられなかった。議事録等をご確認いただければよろしいかと思うのですが、全くこの件については検討会の中では話がなかった」<sup>(16)</sup>と述べ、事務局にその経緯の説明を求めた。このことに対する事務局の答弁は、「入院医療へのアクセスを確保し、精神障害者の権利擁護を図るもの（傍点筆者）」<sup>(17)</sup>と答えている。後述しているが、こういった行政の姿勢は、西欧諸国にみられる可能な限り非自発的入院を避けるという制度設計の対極にあるといえる。

「家族等同意」をなぜ残したのか。その理由については、行政資料を渉猟したが、管見の限り見つからなかった。最も妥当な理由は、「入院費の取りっぱぐれを無くすためではないかという意見」<sup>(18)</sup><sup>(19)</sup>が、的を射ていると思われる。精神科病院の全国組織である日本精神科病院協会は、厚生労働省へ「保護者の義務に関する規定をすべて廃止するとの案については基本的に賛同するが、家族の臨床現場においては、精神科病院と家族等が患者の治療につき、協力して当たるべきは当然であり、家族等の義務を規定しないことに医療現場の混乱を危惧する」<sup>(20)</sup>と要望書を提出し、家族の義務がなくなることに抵抗感を示している。「25年改正法」までは、法第42条（医療及び保護の費用）で「保護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、当該精神障害又はその扶養義務者が負担する」と支払い者として家族を規定していた。病院経営の立場では、「家族等」の同意を入れなければ、治療費の請求先に困る問題が起りかねないのである。

### (3) 「29年改正法案」までの動き

「25年改正法」附則第8条の法施行後3年を目途に「医療保護入院の手続きの在り方を検討し、所要の措置を講ずるものとする」という規定により、厚生労働省は2016（平成28）年1月7日に「検討会」を立ち上げ、この検討会の下部部会として「医療保護入院等のあり方分科会」「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」の2つの分科会を発足させた。「医療保護入院等のあり方分科会」は同年3月11日から7月21日まで計4回の分科会を開催し、「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」は同年3月29日から7月15日まで計4回の分科会を開催し、それぞれ論点整理を行った。この2つの下部部会の議論を踏まえ親部会「検討会」において法改正に向けた議論を行う予定であった。しかし、同年7月26日に「相模原事件」が発生し急遽「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止検討チーム（以下「再発防止チーム」という）が立ち上げられ、計8回の協議の末、12月8日に「再発防止策の提言」を作成した。この「再発防止の提言」を全面的に取り入れる形で親部会「検討会」は2017年2月8日に「報告書」を纏めた。「検討会」の議論は、相模原事件を契機に再発防止策へと大

図1 「29年改正法案」の政策形成過程



筆者作成

大きく舵を切った。この間の動きは、図1「29年改正法案」の政策形成過程のとおりである。

この「報告書」をもとに厚生労働省は2017（平成29）年2月28日に「29年改正法案」を国会に提出し、法改正の趣旨を「相模原市の障害者支援施設の事件では犯罪予告通り実施され多くの被害者を出す惨事となった。二度と同様の事件が発生しないよう法整備を行う」と、説明した。

この法改正趣旨には、「治安維持を目的とし、精神障害者の社会参加や人権擁護を謳う法の趣旨と合わない」等、多くの団体から批判<sup>(21)(22)(23)</sup>が噴出した。4月13日、厚生労働省は、審議中の改正精神保健福祉法案について、改正趣旨を削除すると与野党に申し入れた。塩崎恭久厚生労働大臣は、「このような形になったことをおわびする。法案の内容は変更しない」<sup>(24)</sup>と釈明し、野党は「立法事実がないと政府が認めたことになる。法案を出し直すべき」<sup>(25)</sup>と反発した。日本障害者協議会等の関係団体からも廃案と再検討を求める意見<sup>(26)</sup>が出された。

#### (4) 「29年改正法案」の概要と存置された「家族等の同意」

「29年改正法案」の概要は、① 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化、② 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備、③ 精神障害者支援協議会の設置、④ 精神保健指定医制度の見直し、⑤ 医療保護入院の入院手続等の見直し、の5項目である。「相模原事件」を受けた「再発防止チーム」でまとめられた報告書を具現化した法改正といえる。本稿では、概要の項目記述にとどめ、詳述はしない。

問題とすべきは、「家族等の同意」による医療保護入院制度が残ったことである。ただ、今回の「29年改正法案」に生かされなかったものの、政策形成過程において、「家族等の同意」に代わる公的保護者制度に関する重要な提案と説明がなされた。次項において、提案された公的保護者制度に関する議論とその内容についてまとめてみたい。



(5) 公的保護者制度としての（仮称）精神保健専門員制度の提案

家族に代わる公的保護者制度について、第1回及び第2回「医療保護入院等のあり方分科会」（2016年3月11日、2016年4月28日）で、集中的に議論されている。このことは、「25年改正法」制定に向けた「検討チーム」において保護者に替わる代弁者制度として議論されたことを受けたものである。

第2回「医療保護入院等のあり方分科会」で、構成員である千葉県精神医療センター病院長の平田委員は、公的保護者制度の日本版「（仮称）精神保健専門員」を提案した。表2は、それを表にまとめたものである。

まず、公的保護者制度の意義として、以下の3点をあげている。① 医療アクセスや入院同意に対する家族の負担を軽減する。② 医療保護入院の決定を第三者評価で補強する。③ 首長同意の法的脆弱性と実務上の無責任性を解消する。これら3つの意義は、「保護者同意による医療保護入院」について「検討チーム」での結論である「家族同意を要件としない入院制度とする」、「代弁者を選べる」に相当する。また、公的保護者は、当該医療機関と雇用関係にない地域で仕事をしている精神保健福祉士等の専門職を想定している。利用手続きにおいても、保健所等の公的機関を経由するとしている。これらは、医師を頂点とした病院組織のヒエラルヒーに左右されず、中立性を担保するものと評価できる。

一方で、公的保護者の制度化に関する6つの課題が示された。① 精神保健専門員の確保（実

表2 公的保護者制度（仮称「精神保健専門員」平田豊明氏提案）

意 義	① 医療アクセス及び入院同意に関して家族負担を軽減する。 ② 医療保護入院の決定を第三者評価で補強する。 ③ 首長同意の法的脆弱性と実務上の無責任性の解消。
公的保護者	精神保健福祉に関して一定の知識と経験を有し、医療機関と雇用関係のない精神保健専門員（仮称）を国が指定する。
入 院 支 援	① 入院を希望する家族等は、保健所等の所管部署へ相談し、精神保健専門員の紹介を受ける。 ② 紹介された精神保健専門員は、状況調査を行う。 ③ 医療保護入院の要否判断を行う精神保健指定医及び医療保護入院が可能な医療機関を確保する。 ④ 精神保健指定医の診察に立ち会い、指定医の要入院の判断に同意できる場合、同意書及び告知書、入院診療計画書等に署名する。 ⑤ 夜間休日等の緊急時は、指定医判断で応急入院とし、72時間以内に上記手続きによる医療保護入院に移行する。
入院中支援	① 主治医及び退院後生活環境相談員らと協議し、予定期間内の退院を促進する。それが困難な場合、退院支援委員会へ参加して意見を述べる。 ② 退院請求並びに処遇改善請求を精神医療審査会に請求することができる。
費 用	精神保健専門員の業務に係る費用は、専門員が公務員でない場合、国が支給する。

第2回「医療保護入院制度のあり方分科会」議事録及び配布資料から筆者作成

務経験5年以上で医療機関に所属しない精神保健福祉士は1.5万人）、②精神保健専門員の選出方法の曖昧さ（裁判所が選任すべきか）、③患者が精神保健専門員の選任・継続を拒否した場合の対応、④精神保健専門員の責務が不明確、⑤再入院の場合、前任の精神保健専門員か改めて選任するか、⑥非自発的入院に同意した専門員に権利擁護の機能を担えるのか。の6点である。

一点目の精神保健専門員の確保問題について、平田委員は、「(年間)17万人の医療保護入院者すべてにこの制度適用は困難であり、当面は首長同意の医療保護入院に限定してスタートし、徐々に拡大すべき」<sup>(27)</sup>、「首長同意だけだと年間7,000件ですから、人口10万で年間6件です。だからそれは十分可能だと思います」<sup>(28)</sup>等、パイロットスタディとして実現可能なところから始めると付言された。

このように4回に渡り「医療保護入院のあり方分科会」において、公的保護者制度の具現化に向けた議論がなされた。しかしながら、相模原事件後の親部会である「検討会」においては、「同意者の養成、選任等に要する時間的・財政的なコストの課題」と記された資料のみが提出され、根拠の説明もないまま「公的保護者制度」に関する議論は取り上げられなかった。

#### (6) 「家族等の同意」による医療保護入院に関する小括

「25年改正法」により、保護者制度は廃止されたものの、本人にとっての強制入院である医療保護入院は、家族等の同意を要件とするものとなった。この要件は、政策主体にとって、精神科病院にとって、精神障害者家族にとって、精神障害当事者にとって、それぞれどのような意味を持つものなのか、これまで述べてきたことをもとに小括を試みたい。

政策主体にとっての家族等の同意は、何を意味するか。発症・入院・退院・在宅の時間軸で整理すると、精神障害者に対する意思決定支援や権利擁護システムが未整備な現状において、病状悪化時は治療の導入者として、入院中は権利擁護者として位置づけられるものである。そしてその延長線上に、退院時は受け入れ先として、在宅時はケアラーとして、施策や社会資源の不充足状態を補う人的資源として位置づけられるものである。

精神科病院にとっての家族等の同意は、入院中の治療の協力者という側面のみならず、入院費の請求先という側面をも併せ持っている。このことは、自由を拘束される準行政処分である強制入院であるにもかかわらず、なぜ治療費の支弁義務が生じるのか、検討が必要である。

精神障害者家族にとっての家族等の同意について家族会は、「家族同意も本人と家族の関係を悪くし、家族が退院を不安に思う状況につながりました」<sup>(29)</sup>、「法律に家族等の同意を明記することは他科においてはなく、精神科についてのみ明記することは差別である」<sup>(30)</sup>等の要望書を厚生労働委員会へ提出している。つまり、精神医学的知識も無い家族に強制入院の代諾権が付与されることについて、反対しているだけでなく、関係悪化を招く要因にもなっていることを指摘している、家族等の同意により、当事者に対するケアの責任者として従属的に規定さ

れていた保護者制度の桎梏から未だに逃れられていないことの証左である。

精神障害当事者にとっての家族等の同意とは何か。最も象徴的なのは、家族等同意による医療保護入院開始の場面と退院が家族の受入拒否により社会的入院となっている場面であろう。前者については、強制入院治療の要否判断は精神科医の業務独占であるはずである。ここに家族の入る余地は寸分も無い。本人にとっての強制入院が、非専門職の家族同意を要件とすることにより、家族への憎悪等の感情を持ち、関係性を阻害することは容易に想像できる。また、関係の悪い家族でも、家族同意を引き受ける場合も少なくない。精神障害当事者の立場から澤田は、「家族はみんな本人の味方であるという幻想に立った砂上の楼閣のような家族等同意の制度は早くやめてほしい」<sup>(31)</sup>、と第3回「医療保護入院等のあり方分科会」で述べている。

また、後者の退院後の受け入れについては、住まう権利である「居住権」の問題であり、「病院」か「家」という二者択一の状況にしかないことが問題である。これは、障害者や住宅困窮者と同質の問題であり、住宅保障が社会保障政策に組み込まれていないことに起因する。このように、「家族が入院を決定した」、「家族が引き取らない」は、医療機関の疾病教育としてのインフォームドコンセントや動き始めた意思決定支援（SDM：shared decision making）<sup>(32)</sup>の発展を阻害し、精神障害当事者の自己実現の課題を家族との二者関係のなかに矮小化していくものである。

## 2. 欧州諸国の精神科における非自発的入院形態との比較

### (1) わが国における3つの入院形態

わが国の精神科における入院形態は、措置入院、医療保護入院、任意入院の3つの形態がある。それぞれの治療契約、要件は表3のとおりである。

措置入院は、「自傷他害の恐れ」を要件とし、家族や精神障害当事者が反対しても、社会防衛的な観点から知事の行政処分として実施する入院形態である。治療契約は、都道府県知事と知事の指定した指定病院長である。入院後3か月目に、その後は6か月毎に定期病状報告書を精神医療審査会に提出することが義務づけられている。入院にかかる費用負担は、精神障害者

表3 精神科における入院形態と治療契約関係及びその要件

入院形態	治療契約	要件
措置入院	都道府県知事と指定病院長	自傷他害の恐れがあること、指定医2名の判断（危険性）
医療保護入院	家族等と病院長	診察の結果、指定医が入院治療が必要であると診断し、当該精神障害者自身が入院の必要性を認識していない（治療必要性）
任意入院	精神障害当事者と病院長	精神障害者自身が入院に同意していること

筆者作成

又はその扶養義務者から、所得税額が年額 147 万円を超える場合に、月額 2 万円となる。実質的に支弁している該当者は極めて少ない。

医療保護入院は、診察を行った精神保健指定医が入院治療の必要があると判断し、当該精神障害者が入院治療を拒否した場合、本人に代わり、家族が代諾する入院形態である。本人からみると強制入院であるが、入院にかかる費用負担は、精神障害者又はその扶養義務者が支払う。

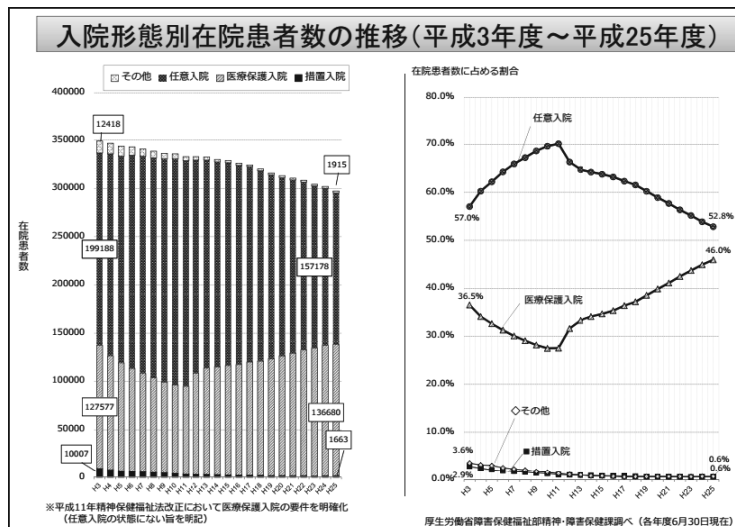
措置入院と医療保護入院という2つの強制入院を正当化する根拠は何か。このことについて、山本は以下のように説明している。

1つはポリスパワーといわれるものである。それは、社会の安全を守る権利が国家にあり、したがって、社会の安全に対して危険を及ぼす精神障害者に対して、国家が社会の安全を守るために彼に強制的に治療を行うことが許されるのだという考え方である。もう1つは、パレンスパトリエというものである。これは、「国親思想」というものであり、自己の医療的利益を選択する能力が欠如・減退している精神障害者には、国がその人の親代わりになって、彼の利益を図るために彼に強制的に治療を施すことが許されるという考え方である。現在、この2つの考え方については、精神保健福祉法上の措置入院の根拠は、ポリスパワーであるのに対し、医療保護入院のそれは、パレンスパトリエであるとする考え方が一般的となっているように思われる。(山本、2017：193-194)<sup>(33)</sup>

任意入院は、1987（昭和 62）年に成立した「精神保健法」により創設された入院形態である。精神障害本人が入院治療の必要性を同意し、病院長と治療契約を結ぶ一般医療と同じ形態の入院である。入院費用の負担は、精神障害者又はその扶養義務者が支払う。

それぞれの入院形態の比率は図 2 のとおり、最近では、措置入院が 1% 未満、医療保護入院と任意入院が 50% 前後という比率となっている。医療保護入院者の比率は、増加傾向にある。

図 2 入院形態別在院患者数の推移



(出所) 厚生労働省 第1回「医療保護入院等のあり方分科会」配付資料転載

(2) 日本と欧州諸国の非自発的入院の状況

① 非自発的入院の割合と決定権者の比較

表4は、わが国と欧州諸国における人口100万人あたりの非自発的入院者数、入院患者に占める非自発的入院患者数、非自発的入院者の決定権者をまとめたものである。

いずれの国においても非自発的入院制度は存在し、それぞれの国で複数の非自発的入院の形態を採っていた。人口100万人あたりの非自発的入院者数をみると、オーストリア、フィンランド、ドイツがわが国の約5分1、スウェーデンが10分の1、その他の国々に至っては、2桁少ない。つまり日本以外の国において非自発的入院は、極めて限定的な入院形態となっている。

表4 日本及び欧州諸国の非自発的入院者割合及び疾病診断と入院決定者 (対人口100万人)

	調査年	非自発入院者割合 (%)	人口100万人対	精神障害による非自発入院法的基準	非自発入院の決定権者
日本	2013	46.0%	1,087人	危険性 or 治療必要性	非医療 or 医療
オーストラリア	1999	18.0%	175人	危険性	非医療
ベルギー	1998	5.8%	47人	危険性	非医療
デンマーク	2000	4.6%	34人	危険性 or 治療必要性	医療
フィンランド	2000	21.6%	218人	危険性 or 治療必要性	医療
フランス	1999	12.5%	11人	危険性	非医療
ドイツ	2000	17.7%	175人	危険性	非医療
ギリシャ	NA	NA	NA	危険性 or 治療必要性	非医療
アイルランド	1999	10.9%	74人	危険性 or 治療必要性	医療
イタリア	NA	12.1%	NA	治療の必要性	非医療
ルクセンブルグ	2000	NA	93人	危険性	医療
オランダ	1999	13.2%	44人	危険性	非医療
ポルトガル	2000	3.2%	6人	危険性 or 治療必要性	非医療
スペイン	NA	NA	NA	治療の必要性	非医療
スウェーデン	1998	30.0%	114人	治療の必要性	医療
イギリス	1999	13.5%	48人	危険性 or 治療必要性	非医療 or 医療

(注) \* NA Not available

(出所) Saize Hj, et al (2004: 164-166) 及び平成25年度精神保健福祉資料をもとに筆者作成。

また、非自発的入院の決定権者は、非医療が決定権者となっている国が多い。わが国の場合、措置入院の決定権者は知事であり、医療保護入院は精神保健指定医である。繰り返しになるが、医療保護入院の決定権者は、精神保健指定医であるものの、そのみでは成立せず、家族等の同意をもその要件として付加している。

表5及び表6は、緊急時と通常時それぞれの非自発的入院をまとめた表である。どの国にお

いても、緊急時と通常時の非自発的入院システムを採用している。細かくみていくと、緊急時だけではなく通常時においても、入院は、短期間となるように期間を限定している。

表5 欧州諸国の非自発的入院（緊急）

国	申請者	決定者	入院措置期間	監督官庁
ブルガリア	親族・医師	保健部局長	24（最長72）時間	裁判所
チェコ	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
イギリス	親族＋認定ソーシャルワーカー	医師＋ソーシャルワーカー	72時間	精神保健法委員会
ドイツ	所管行政庁	所管行政庁、警察、司法機関、精神病院	翌日10時まで（1州は72時間）	翌日10時以降は裁判所
ギリシャ	親族または後見人	弁護士（公的）**	48時間	裁判所
イスラエル	精神医学的評価	病院管理者***	48時間	地方精神科委員会・裁判所
イタリア	医師	医師2名	48時間	地方自治体の長（48時間以上は裁判所）
リトアニア	精神科医	精神科医	48時間	裁判所
ポーランド	医師（精神科医）	精神科医	48時間	裁判所（その後は後見人裁判所の判断）
スロバキア	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
スペイン	誰でも可	精神科医	24時間	裁判所
スウェーデン	医師	精神科医	4週間	裁判所

（出所）Thomas W. Kallert, et al (2007: 200) を和訳のうえ転載

\*\* 公的な弁護士、検察官など \*\*\* 地域の精神科医への照会が必要

## ② 非自発的入院における家族の役割と在宅生活における社会資源

欧州諸国における家族の役割と医療費負担について、伊藤（2011: 11）は、「入院に関する家族の役割に関する記載は、入院を申請できること、非任意入院の報告を受けること、入院中の本人の権利を確保することのみ確認できた。退院後の引き取り義務の記載は確認できなかった。非任意入院の費用は、公費で支払われていた」<sup>(34)</sup>、と説明している。つまり精神障害者家族は、入院の提案者や入院時の権利擁護者役割はあるが、引き取り義務はなく、行政処分であることから入院費は公費で賄われている。

ではなぜ、引き取り義務がないのか。最も大きな要因のひとつは、欧州諸国においては、住宅保障が社会政策に組み込まれているからである。居住権を基本的人権のひとつと位置づけ、

表6 欧州諸国の非自発的入院 (通常)

国	申請者	決定者	入院措置期間
ブルガリア	後見人・親族・医師	裁判所	34日 (評価), 3カ月 (入院)
チェコ	医師	裁判所	3カ月まで
イギリス	親族+認定ソーシャルワーカー	医師2名 (1名は精神科医) + ソーシャルワーカー	28日 (評価), 6カ月 (入院)
ドイツ	所管行政庁・後見人	裁判所	6週間 (後見人法では12カ月)
ギリシャ	公的な弁護士の下での親族の申請	裁判所	6カ月 (初期評価は24時間)
イスラエル	地域の精神科医	地域の精神科医・地域精神科委員会	7日で14日まで延長 (最大3カ月)
イタリア	サービス担当精神科医	地方自治体の長	7日
リトアニア	精神科医	裁判所	1週間
ポーランド	親族または後見人	裁判所	10日 (評価, 最長6週間まで), 3カ月 (入院)
スロバキア	精神科医	裁判所	3カ月
スペイン	両親または親族, 後見人・公的な弁護士	裁判所	期間の定義なし。6カ月ごとに裁判官へ報告
スウェーデン	精神科医・医療施設の管理医師	裁判所	3カ月

(出所) Thomas W. Kallert, et al (2007: 204) を和訳のうえ転載

それに基づく実定法が存在し、機能している。そこでは、医療が入院治療不要と判断すると、基礎自治体が居住の場の提供責任を負う。加えて、グループホーム等のケア付き住宅の整備も進んでいる。表7は、WHOの2011年のデータをもとに人口10万人あたりの病床数と居住施設室数を表したものである。これらのことから、わが国は、居住福祉政策が貧困なうえに、ケア付き住宅が未整備であり、精神科病院が医療という本来の存在意義を超えて生活の場と化していることが分かる。古屋 (2015: 162-165) が指摘しているように、脱病院は住む場所を確保する「ハウジングファースト」<sup>(35)</sup>の政策が不可欠である。

### ③ 非自発的入院の是非を判断するイギリスの認定ソーシャルワーカー

「医療保護入院等のあり方分科会」において検討された「公的保護者」に近似の制度のひとつとして、イギリスの非自発的入院に関与する認定ソーシャルワーカー (approved mental health practitioner: 以下 AMHP) がある。AMHPは、非任意入院手続きに関与する国家承認を受けた専門職である。要件は、一定以上の臨床経験を持ち、一定の専門研修を受講することにより得られる資格である。多くは、ソーシャルワーカーが担当し、図3で書かれているように地域精神保健チーム (CMHT) や早期介入チーム (EI)、積極的訪問チーム (AOT) の地

表 7 欧州諸国及び日本における精神病床数、居住施設入所者数

	一般病院の 精神科病床数	精神科病院 病床数	精神科病床数	居住施設室数
日 本	73.12	204.4	277.52	16.23
オーストリア	14.43	21.37	35.8	29.25
ベルギー	25.58	134.47	160.05	UN
デンマーク	53.91	UN		UN
フィンランド	67.34	8.42	75.76	133.94
フランス	22.72	71.81	94.53	UN
ドイツ	41.08	47.62	88.7	NA
ギリシャ	5.1	19	24.1	UN
アイルランド	19.61	54.48	74.09	61.02
イタリア	10.95	0	10.95	46.41
ルクセンブルグ	41.28	48.19	89.47	42.09
オランダ	10.51	127.3	137.81	76.26
ポルトガル	9.41	15.96	25.37	2.07
スペイン	10.19	32.73	42.92	UN
スウェーデン	34.91	0	34.91	UN
イギリス	50.63	7.99	58.62	67.8

(注) \* UN=information unavailable, NA=item not applicable

(出所) WHO mental health atlas 2011 より筆者作成

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/)  
2017/09/10

域をベースとした支援チームのケアコーディネーターである。

親族とは、最も近い関係者（≒家族）（Nearest relative：以下 NR）のことで、内縁関係や 6 か月以上同居している人等、実際に患者のケアに関係する人が優先される仕組みとなっている。非自発的入院の申請は、NR から申請することもできるが、患者と NR の関係に悪影響を及ぼす可能性があることから、AMHP が申請者になることが推奨されている。

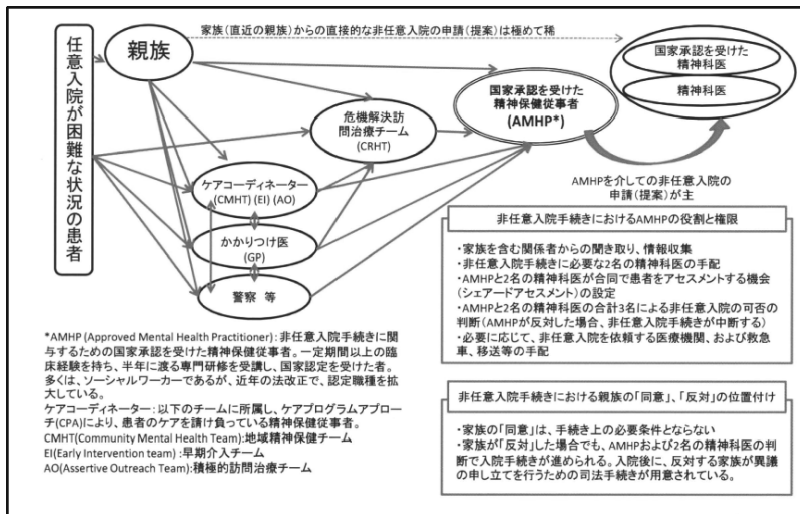
AMHP は、非自発的入院の申請前に必ず本人と直接面接をしなければならない。そのうえで、非自発的入院の基準を満たしていること、適切な手段であることを確認し、2 人の医師の判断も一致した場合に、非自発的入院が決定される。

つまり、AMHP には、非自発的入院の是非について、地域支援チームの立場から判断する決裁権が付与されているのである。AMHP が地域ケアで支えられる対象と判断すれば、入院は回避される。このシステムは、医学的判断のみで入院を判断するのではなく、環境要因から入院の可否を判断するシステムともいえる。NR（最も近い関係者≒家族）は、AMHP が手続



きの起点になることにより、患者との関係を保ちつつ、入院患者の権利擁護や退院請求を行うことができる。患者の強制入院手続きにNR(最も近い関係者≒家族)は、関与させないシステムであり、家族が申請から医療保護入院の可否全てに関与するわが国と決定的に異なるところである。

図3 AMHPが起点となるイギリスの非自発的入院手続きの概要



(出所) 西田淳志 (2011) 「英国における非任意入院手続きの実際」『精神障害者への対応への国際比較に関する研究』27頁より転載

### (3) 欧州諸国の非自発的入院形態との比較に関する小括

非自発的入院に関するわが国との比較において、その異同について小括を行ってみたい。まず、同種のものとして考えられるのは、欧州諸国においても、わが国と同様に非自発的入院形態は存在し、緊急時における入院形態や通常時における入院形態等の複数の入院形態を持っていた。また、家族の権限として認められている同種のものに、入院の申請、非自発的入院の報告を受ける、入院中の権利擁護、があった。

異なるところは、以下の3点である。1つは、非自発的入院者の割合が極めて低く、期間も限定的である。2つめは、居住施設の確保や緊急時の訪問支援体制等の入院によらない地域生活支援体制が整備され、可能な限り入院治療を回避するシステムを採っている。3つめは、家族は非自発的入院の決定に関与していないこと、非自発的入院の費用は公費で賄われ、費用負担は無く、家族に依存しない制度設計となっていることである。

### III. 結 論

「家族等の同意」による医療保護入院について、政策形成過程及び西欧諸国との国際比較の2つの観点から検討してきた。

検討の結果、家族に依存しない「脱家族」の政策の実現を目指すべきであり、そのために以下4つのことを実施すべきであると考ええる。

第一は、政策形成過程の議論に即した公的保護者制度の創設である。「25年改正法案」に向けた「検討チーム」において、精神保健指定医1名の診察のみで決定し、代弁者を選出するとした。その代弁者に相当するのが、「医療保護入院のあり方分科会」で議論された「(仮称)精神保健専門員」である。この代弁者は、精神科病院のヒエラルヒー下におかれた退院後生活環境相談員ではなく、入院医療機関と雇用関係の無い専門職である。イギリスのAMHPに相当するものである。

第二は、入院費用は家族及び本人負担ではなく、公費負担とするべきである。精神障害当事者にとっての強制入院である医療保護入院は、準行政処分である。治療の契約関係は、病院長と「家族等」の私的契約とするべきではなく、命令権者を都道府県知事若しくは市区町村長とし、「家族等」を契約関係に組み込むべきではない。したがって、治療費は原則無料とするべきである。

第三は、医療保護入院に関する厳格な運用を図る法制度を導入するべきである。可能な限り入院を避けるために、インフォームドコンセントと意思決定支援の施策を具現化していく必要がある。国際比較において、わが国の非自発的入院患者の割合は、2桁多い。このことは、非自発的入院が容易にできるシステムであることの証左である。「障害者権利条約14条ガイドライン障害者の自由と安全の権利」において、「インペアメントを理由として精神保健施設への非自発的入院を許す法条項の撤廃」<sup>(36)</sup>が求められており、わが国は、条約に批准しており、厳格な運用が要請されるものである。

第四は、家族ケアに依存しない在宅生活を可能とするために、地域生活支援体制の充実を図ることである。ひとつは、住まいの場の確保であり、もうひとつは地域支援の体制整備である。前者は、量的に足りないグループホーム等の居住系施設（ケア付き住宅）を拡充し、住まう場を「病院」か「家族」の二者択一の状況から選択肢を増やすことである。後者は、日中活動の場は勿論のこと、アウトリーチ型（訪問系）の支援体制の構築が求められる。

以上、この4つは、それぞれ別々の実施項目としてあるのではなく、それぞれが関連し合うものである。共通して求められる支援の枠組みは、「脱家族」の思想である。2016年の平均世帯人員は、2.26人<sup>(37)</sup>である。これ以上、政策形成過程において議論されてきたことに対し立法不作為を続け、家族依存の体質を続けることがあってはならない。

## 本研究の意義と限界

本研究の意義は、以下の2点である。1点目は、保護者制度の廃止と「家族等」同意による医療保護入院の政策形成過程を詳述し、政策主体、精神科病院、精神障害者家族、精神障害当事者にとってその意味を論究したことである。2点目は、非自発的入院のあり方について、国際比較をとおして、改善すべき点を指摘したことである。他方、限界は、国際比較は西欧諸国に限定し、わが国の「精神保健福祉法」をモデルにした韓国、台湾等のアジアの国々は、比較対象としていないことである。今後、これらの国々も含め、多面的な検討を進めていきたいと考えている。

### 〔注〕

- (1) 厚生労働省内に設置された諮問機関。保護者制度を含む入院制度及び認知症と精神科医療の関係を中心に議論された。第1回が2010(平成22)年5月31日開催され、第28回が2012(平成24)年6月28日で、約2年間に渡り開催された。
- (2) 厚生労働省ウェブサイト「第28回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議事録」本後課長補佐説明  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jhda.html> 2017/09/10
- (3) 大塚淳子(2013)「法改正を足がかりに取り組み改革の展望と課題」『精神医療』71, 92頁
- (4) 相模原市にある障害者施設「津久井やまゆり園」の入所者19名が、元職員により殺傷された事件のこと。容疑者は、2016年2月18日に「重度障害者の大量殺人はいつでも実行する」と施設職員に話したことから、園が神奈川県警に通報した。県警は事情を聴き、2月19日に精神保健指定医の診断をもとに、容疑者は措置入院となり、翌3月2日に「病状が緩和された」として退院となる。平成以降、最大の殺人事件であったこと、元措置入院患者の起こした事件であったことから、塩崎恭久厚生労働大臣は事件のあった7月26日の閣議後会見で「二度とこういう痛ましい事件が起きないよう、関係省庁とも連携して再発防止の検討を早急に行っていきたい」と表明し、同日付で都道府県へ「防犯措置の徹底、警察や地域住民との連携体制の強化」を求める通知を出した。
- (5) 厚生労働省ウェブサイト <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000145258.pdf> 2017/09/10
- (6) 新福尚隆・浅井邦彦編(2009)『改訂世界の精神保健医療』へるす出版
- (7) 塩満卓(2017)「精神障害者の家族政策に関する一考察—保護者制度の変遷を手がかりに」『福祉教育開発センター紀要』14, 佛教大学福祉教育開発センター, 73頁
- (8) 大谷實(2010)『新版精神保健福祉法講義』成文堂, 64頁
- (9) 池原毅和(2011)『精神障害法』三省堂, 286頁
- (10) 池原前掲書, 287-288
- (11) 山本輝之(2017)「精神保健福祉法における医療保護入院の要件についての一考察」『成城法学』成城大学法学会, 190頁
- (12) 全家連30年史編集委員会(1997)『みんなで歩けば道になる—全家連30年のあゆみ』全国精神障害者家族会連合会, 66頁
- (13) 仙台地判平成10年11月30日判時1674号, 106頁
- (14) 全国精神障害者家族会連合会の機関誌『月刊ぜんかれん』の1999年1月号で仙台地裁の判決の概要を伝え、控訴審に対する全家連の支援、緊急討論集会開催について掲載。1999年3月号は、「保護者制度」特集号となり、「専門家にできないことを家族に強いる保護者制度」と批判している。その

家族等の同意に基づく医療保護入院に関する批判的検討（塩満 卓）

後も1999年4月号、2000年1月号、2000年2月号で本裁判における保護者制度について言及する記事を掲載している。

- (15) 厚生労働省ウェブサイト「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議事録  
柏木一恵（日本精神保健福祉士協会会長）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=321418> 2017/09/10
- (16) 厚生労働省ウェブサイト「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議事録  
千葉潜（医療法人青仁会青南病院理事長）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=321418> 2017/09/10
- (17) 厚生労働省ウェブサイト「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議事録  
占部課長補佐（厚生労働省）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=321418> 2017/09/10
- (18) 池原毅和（2013）『精神医療』71，批評社，27頁「『全然私が知らないところで入院させられてるんですからお金払いません』って言われちゃうと，医療費取りっぱぐれになっちゃうから，そこは家族の同意を入れた方がいいんじゃないか，みたいな議論が出てきているような気がします」
- (19) 山本輝之（2013）「精神保健福祉法の改正について」『精神医療』71，批評社，42頁
- (20) 日本精神科病院協会（2013）「『精神保健医療福祉の見直し』に対する要望」（日精協発第1228号）  
<http://www.nisseikyoo.or.jp/opinion/teigen/teigen.php?id=69&bm=25> 2017/09/10
- (21) 日本精神神経学会は，2017年3月18日付「精神保健福祉法改正に関する学会意見」として，以下3点をあげている。「精神科医療の役割は，病状の改善など精神的健康の保持増進であり，精神保健福祉法の改正もこの視点に立って行われるべきもの。犯罪の防止を目的として精神保健福祉法の改正を行うべきでない」「措置入院制度の見直しは，それが患者管理やリスク管理のためだけのものとなってはならない。退院後の支援は本来入院形態に関係なく，退院後支援を必要としている人すべてに提供されるべきもの」「家族等同意を廃止し，医療保護入院における国と地方自治体の責任を明確にすべき」
- (22) 全国精神保健福祉社会連合会は，2017年4月6日付「精神保健福祉法の改正案に関する意見」で，家族同意が残されたことについて，「家族会としては家族等同意の廃止を求めるとともに，医療保護入院は代弁者制度などの他の権利擁護の方策を用いるべきだと考えていた。しかし他の代替え制度は整備できず，また相変わらずの「家族主義」の考え方もあって，「家族等の同意」が残ってしまったことは極めて残念，家族会としても法律に家族等の同意を明記することは他科においてはなく，精神科についてのみ明記するのは差別であると考えている」
- (23) 日本弁護連合会は，2017年4月12日付「精神保健福祉法改正に関する会長声明」において，「非自発的入院者については早急に国費で代理人を付するべき」とした。
- (24) 福田敏克。精神保健福祉法改正趣旨異例の削除 厚労省おわび参院審議で野党反発。福祉新聞。2017-04-24，1面。
- (25) 福田前掲
- (26) 日本障害者協議会は，2017年4月17日に「緊急アピール：精神保健福祉法改正案について」で，「精神障害者の差別・偏見を助長し，権利侵害の危険性のある法案を廃止し，当事者参画のもとでの再検討を求める」と発表した。
- (27) 厚生労働省ウェブサイト「第2回医療保護入等のあり方分科会」議事録  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000125891.html> 2017/09/10
- (28) 厚生労働省ウェブサイト「第4回医療保護入等のあり方分科会」議事録  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000133083.html> 2017/09/10
- (29) 公益社団法人全国精神保健福祉社会連合会「『保護者制度』の撤廃と制度の改正にご理解をお願いします」2012年8月30日付文書

- ③0 公益社団法人全国精神保健福祉会「精神保健福祉法の改正案に関する意見」2017年4月6日付文書
- ③1 厚生労働省ウェブサイト「第3回医療保護入院のあり方分科会」議事録  
澤田優美子 (日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000130948.html> 2017/09/10
- ③2 平成24年度から「精神障害者の意思決定支援に関する調査研究」、平成25年度から「意思決定支援の在り方及び成年後見制度の利用促進の在り方に関する調査研究」が障害者総合福祉推進事業として実施している。
- ③3 山本輝之 (2017)「精神保健福祉法における医療保護入院の要件に関する一考察」『成城法学』85, 189-201頁
- ③4 伊藤弘人 (2011)「海外における精神科入院医療制度」『平成22年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 精神障害者への対応への国際比較に関する研究—平成22年度総括・分担研究報告書』11頁
- ③5 古屋は、諸外国が脱施設化を展開していく際にも、まず住居資源を開拓し、リアルなコミュニティでの生活体験を通して、リハビリテーションを展開している、と説明している。詳しくは、古屋龍太 (2015)『精神科病院脱施設化論』批評社
- ③6 全国「精神病」者集団ホームページ：障害者権利条約14条ガイドライン (山本真理訳)  
<http://www.jngmdp.org/wp-content/uploads/1aa66068463da1c6585a640f8e5862f11.pdf> 2017/09/10
- ③7 国立人口問題研究所ウェブサイト 2017/09/10

【参考文献】

- ・堀口寿人・伊藤弘人 (2012)「精神科医療と保護者制度」『精神医学』54(2), 医学書院, 145-154
- ・中根允文 (2012)『精神障害者への対応への国際比較に関する研究—平成23年度 総括・分担研究報告書』平成22年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保険福祉総合研究事業)
- ・Saize Hj, et al (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, Br J Psychiatry, 184, 163-168
- ・新福尚隆・浅井邦彦編 (2009)『改訂世界の精神保健医療—現状理解と今後の展望』へるす出版
- ・Thomas W. Kallert, et al (2007) Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries: Implications for Clinical Practice, International Journal of Forensic Mental Health, Vol. 6, 197-207
- ・山本輝之 (2014)「精神保健福祉法の改正について」『法と精神医療』29, 法と精神医療学会, 23-40

【付記】

本稿は、平成26年度から29年度科学研究費補助「世帯を分けて住むことを選択した精神障害者とその家族の意識変容プロセス」基盤 (C) 研究課題番号：26380860 研究代表 塩満卓による研究成果の一部である。記して感謝する。

(しおみつ たかし 社会福祉学科)  
2017年10月31日受理