

2017年11月18日

## 意見書

### ～精神科病院に入院中の人々のための権利擁護システムの構築を求め、 日本精神科病院協会によるアドボケーターガイドラインに反対する～

認定NPO大阪精神医療人権センター

#### (要約)

日本の精神科病院は、世界的にみても入院者数がきわめて多い。半数近くが強制入院であり、任意入院者も多くが閉鎖処遇を受け、長期入院を強いられている。身体拘束・隔離などの行動制限も近年大幅に増加しているなど、精神科病院の入院者の自由と人権は著しく制限されている。この深刻な状況を解消するには、人権侵害に対する救済を目的とする権利擁護システムが不可欠であり、とくに精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）による権利擁護活動を実施することが早急に必要である。

2013年の精神保健福祉法改正では、代弁者制度を含む権利擁護システムの導入が見送られ、法施行3年後の検討事項は「権利擁護」ではなく、「意思決定及び意思の表明についての支援」とされた。その後、厚生労働省の障害者総合福祉推進事業の一環として、日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」がまとめられた。

「アドボケーターガイドライン」は、人権侵害に対する救済を目的とせず、本人に治療を受けさせることを目的としている。「アドボケーター」は、入院者への直接的な支援が禁止される一方、精神科病院に対する報告義務を負い、また、実施条件・方法が医療機関の裁量に委ねられるなど、精神科病院の管理下でしか活動できない。この制度が導入されると、「アドボケーター」という名称で権利擁護システムが導入されたかのような誤った印象を与え、本来求められるべき権利擁護システムの導入に向けての議論を阻害することになり、その導入による弊害は極めて大きい。

ところが、厚生労働省は「意思決定支援等を行う者に対する研修の実施」のために2018年度予算を要求しており、日本精神科病院協会によるアドボケーター制度の導入に向けた研修を行おうとしている。

当センターは、精神科病院から独立した第三者として、精神科病院に入院中の方への面会活動や精神科病院への訪問活動による権利擁護活動を実践するとともに、精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）による権利擁護システムの構築を求めてきた。私たちは、アドボケーターガイドラインの導入やこれを前提とする研修の実施に強く反対するとともに、人権侵害の救済を目的とした権利擁護活動の実施・拡充に向け、多くの市民が参加できる体制を作り、精神障害者の権利擁護活動に関心のある団体と連携・協力しながら、権利擁護システムの一翼を担っていく所存である。

## (目次)

- 第1 精神科病院に入院中の人々の人権が保障されていないこと
- 第2 権利擁護者を含む権利擁護システムが必要な理由
- 第3 権利擁護システムに関する議論の経緯
- 第4 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」の問題点
- 第5 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づく「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」の問題点
- 第6 本来求められるべき権利擁護システムの実現に向けて

### 第1 精神科病院に入院中の人々の人権が保障されていないこと

- 1 日本の精神科病院は、世界の精神科病床の5分の1を占めていると言われ、精神保健福祉資料（2014年6月30日時点）によれば、今でも29万人が入院し、そのうち13.3万人（46%）が措置入院及び医療保護入院として本人の意思に反する強制入院である。強制入院者のうち8.3万人（63%）が1年以上、4.2万人（31%）が5年以上の長期入院を強いられている。

また、任意入院者15.5万人のうち、10.2万人（66%）が1年以上、5.9万人（38%）が5年以上の長期入院となっている。任意入院であるにもかかわらず、終日閉鎖病棟に8.3万人（54%）が入院している。任意といっても自由に病棟から出ることができず、精神科病院の密室性・閉鎖性は解消されていない。

さらに、身体拘束・隔離、面会・通信の制限、外出制限等の行動制限が広く行われている。身体拘束については、わずか1日の調査日だけで約1万人が身体拘束され、10年前と比べて2倍を超える人数となっており、隔離とともに増え続けている。しかも、生命・身体に対する安全対策が十分に整備されないまま安易な身体拘束が行われ、死亡事故も複数発生している。

- 2 入院者の自由や権利が著しく制限されている日本の精神科医療は、非常に深刻な状況にある。宇都宮病院事件（栃木県）や大和川病院事件（大阪府）は過去の事件ではない。入院者に対する人権侵害を防止し、権利救済を図るための権利擁護システムを早急に構築する必要がある。

### 第2 権利擁護者を含む権利擁護システムが必要な理由

- 1 この深刻な状況を生み出している原因の一つとして、精神保健福祉法上の強制入院や行動制限の要件が曖昧で、かつ、現場では緩やかに解釈されてしまっているという実態がある。

また、医療保護入院や身体拘束・隔離がたった1名の精神保健指定医の判断により行われる一方で、精神医療審査会による事後的なチェックがほとんど機能していないことも原因である。

例えば、定期病状報告の審査は病院から一方的に提出される書面審査のみで、2016（平成28）年度の衛生行政報告例によれば、定期病状報告等275,952件の審査のうち、他の入院形態への移行が適当とされた件数は17件（0.006%）、入院継続不要とされた件数は6件（0.002%）となっており、権利擁護機関として、その責任を果たすことができていない。

また、2016（平成28）年度の衛生行政報告例によると、退院請求や処遇改善請求は同年度で合計4400件であり、2016年の平均在院入院者数28.9万人（2016（平成28）年病院報告による）を分母とすると、わずか1.5%の入院者しか利用しておらず、権利告知や権利行使の支援が十分にされていないことが明らかである。

2 これらの原因を解決し、精神科病院に入院している人々の人権を保障するためには、医療保護入院制度の廃止を含む強制入院制度の抜本的見直しを行うとともに、精神科病院から独立した第三者（権利擁護者）が入院者の立場に立ち、入院者の有している権利を伝え、その権利行使を支援するための権利擁護システムが必要である。

3 入院者が権利擁護者を選任する権利があることは国際的にも認められている。

1991年12月に国際連合が全会一致で採択した「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」は、権利擁護者を無償で選任できる権利を保障することを要求している。

また、日本も批准している障害者権利条約は、恣意的に自由を奪われない（14条1項（b））ことが保障されるため、精神障害を理由として強制入院を行うことが否定されるとともに、仮に自由を奪われるような事態が生じた場合には、国際人権法による保障や障害者権利条約の趣旨原則に照らした手続的保障が必要であり

（14条2項）、精神科病院に入院する人々のために権利擁護者を含む権利擁護システムの整備が要求されている。

さらに、障害者権利条約は、完全なるインフォームドコンセント（25条（d））を求めており、インフォームドコンセントが形骸化している日本の精神科医療では、権利擁護者による権利擁護活動は、医療の進め方の適正化の観点からも重要となる。

### 第3 権利擁護システムに関する議論の経緯

1 2012年6月8日の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のとりまとめは、「本人の同意なく入院させている患者に対する権利擁護が十分か」と述べて医療保護入院の課題を指摘し、その見直しとして「権利擁護のため、入院した人は、自分の気持ちを代弁する人を選べる」という結論を公表した。

精神科病院に入院する人々の人権が保障されていない現状では、人権侵害に対する救済手段として、「代弁者」制度を含む権利擁護システムを導入することは当然の帰結であった。

- 2 しかしながら、2013年の精神保健福祉法改正では、保護者制度が廃止されたものの、代弁者制度の導入が見送られた上、改正法の施行3年後の検討事項として、「権利擁護者制度の導入」ではなく、「意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」にすり替えられてしまうことになった。

入院者の意思決定や意思表示に対する支援が必要であることは否定しない。しかし、精神科病院では、強制的な権限に基づき強制入院や行動制限が行われ、入院者自らにおいて最終的に意思決定することが保障されておらず、人権侵害の温床となる密室性・閉鎖性も解消されていないことからすれば、意思決定及び意思表示の支援だけでは不十分である。入院者自身が自由や権利を行使できるようにするため、自らの権利の内容を知り、その権利を積極的に行使できるよう擁護するシステムを構築することが不可欠であった。

- 3 ところが、2014（平成26）年度「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（一般社団法人支援の三角点設置研究会）（以下「**2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）**」という。）が実施され、それに引き続き、2015（平成27）年度「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」（公益社団法人日本精神科病院協会）（以下「**2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）**」という。）が実施された。

その結果、精神科病院に入院中の人々の権利を制限する主体である精神科病院によって組織される日本精神科病院協会によって、精神障害者に対する「アドボケーターガイドライン」がまとめられることになった。

- 4 厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では、2017年2月8日の報告書において、「医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置付けることが適当」とし、意思決定支援等を「権利擁護」という名目で進めることになった。

これを受けて、厚生労働省は、2018（平成30）年度の障害保健福祉部概算要求において、「相談支援事業所に所属する相談支援員（アドボケーター）が非同意入院患者のいる病院を訪問し、退院に向けた意思決定支援や退院請求などの入院者が持つ権利行使の援助等を行う」とされる「意思決定支援等を行う者に対する研修の実施」として1400万円の新規事業予算を要求することを発表した。

- 5 上記の研修は、これまでの経緯からすれば、日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」を踏襲した内容になることが容易に推測される。

しかしながら、後述するとおり、日本精神科病院協会による上記「アドボケーターガイドライン」の基礎となる2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づくマニュアル及び2015（平成27）年度モ

デル事業（日本精神科病院協会）には重大な問題点が数多くあり、このガイドラインを権利擁護システムと評価することはできない。上記第1で述べたような日本の精神科医療の現状を迫認するだけのものとなってしまう、その弊害も極めて大きい。上記各モデル事業及びそのマニュアルやアドボケーターガイドラインを前提とする研修の実施は、到底是認できない。

#### **第4 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」の問題点**

##### **1 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）等の内容**

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）の「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」の報告書（「入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアル」を含み、同マニュアルは49頁から59頁）<sup>1</sup>の内容は、以下のとおりである。

- ① 入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援者とは「本人が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」である（52頁）
- ② 「医療保護入院者が医師の表明の支援者の利用を希望した場合は、利用申込書に氏名・年代・性別・入院日・住所・支援者への希望（同性・異性の別）等を本人に記載（代筆も可）してもらい病院は実施機関に連絡を取り、実施期間は申し込みを受け付ける。」（55頁）
- ③ 「支援開始の最終判断は主治医が行うこととする（隔離拘束中の支援実施の可否についても同様とする）。なお、患者の情報開示の範囲は主治医の判断によるものとする。」（55頁）
- ④ 「初回面接の際は病院職員が同席するかどうかの確認を本人にとって対応することとする。」（56頁）
- ⑤ 「実施機関は支援開始後にいつでも中止、終了することができることを毎回伝えることとする。」（56頁）
- ⑥ 「実施機関は所定の書式に面接結果を記載し、退院後生活環境相談員に提出するとともに、支援機関の控えとして写しを保管する。」（56頁）
- ⑦ 「あくまで聴くこと、ご本人の希望したことだけを伝えることとし、ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会に実施機関は参加できないこととする。また、家族・地域援助事業者等への仲介も行わないこととする。」（56頁）
- ⑧ 「病院からすでに受けている説明で、わからない点は何度も説明を行う。」（56頁）
- ⑨ 「あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする。」（56頁）

---

<sup>1</sup> [http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku\\_jouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000099367.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku_jouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000099367.pdf)

- ⑩ 「報告を受けた退院後生活環境相談員は、1週間以内に本人と面接し、あらためて病棟に伝えるかどうかの意思を確認したうえで対応する。」（57頁）
- ⑪ 「直接的な支援をしない」、「直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思の表明の支援者の役割は、どんな時も常に対象者本人の立場で気持ちや状況を理解し必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものである」（58頁）
- ⑫ 「誘導しない・・・意思の表明の支援者は誘導してはいけない。（例：薬のことは主治医に聞いてみるといいですよ）さらに先回りして発言を遮ることもしない。」（59頁）

## 2 2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）等の問題点

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づく入院中の精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するマニュアルによれば、「支援者」は人権侵害の救済を目的とするものではなく、「本人が主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」とされ、医療を受けさせることを目的としている。

また、この事業を利用するかどうかを本人ではなく、権利侵害の主体となる主治医が判断するとされ、面談内容も精神科病院へ報告しなければならないものとなっている。しかも、支援者は、ケア会議や医療保護入院者退院支援委員会にも参加できないとされ、「あくまで聞くことに徹し、本人を誘導もしくは背中を押すような発言は不可とする。」とされている。

このモデル事業に基づくマニュアルの「支援者」は、退院請求などの権利行使の支援や人権侵害に対する救済を前提とせず、精神科病院の立場にたつて、医療の名のもとに、入院中の人々の監視・管理をするために存在するものである。およそ権利擁護システムとは評価できないことは明らかである。

## 第5 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づく「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」の問題点

### 1 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）等の内容

2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）の考え方を承継した2015年（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）の「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するモデル事業」【報告書】（アドボケーターガイドラインを含み、同ガイドラインは121頁～139頁）<sup>2</sup>は、以下のとおりである。

- ① 「『入院中』の精神障害者の意思決定及び意思の表明であって、非自発入院時点での代弁者制度の検討ではない。」（34頁）

<sup>2</sup> <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/seika05.pdf>

- ② モデル事業の留意点として、「直接的な支援をしない」、「直接的な支援は医療機関や地域援助事業者の役割であって、意思決定支援者の役割は、どんな時も常に本人の立場で気持ちや状況を理解し、必要に応じて気持ちを伝える等の限定的なものとして位置付ける。」（41頁）
- ③ 「アドボケーターとは、精神科病院に入院している者にとって、入院生活での困り事に対して信頼できる相談相手で」、「主体的に精神科医療を受けられるように側面的に支援する者」（124頁）
- ④ 「アドボケーターは、対象者本人にとって、最善の利益に叶うような全体的に判断ができるような資質が求められる。」（129頁）
- ⑤ 「アドボケーターが訪問した際の実施方法等については、医療機関の指示に従うこととする。利用者との面会場所、病院スタッフの同席の有無等について、医療機関側と協議すること。」（130頁）
- ⑥ 「病状が重く、アドボケーターとの面会が出来ないことも予想される。この際には医療機関の主治医、担当スタッフと面会継続の有無について検討が必要である。」（130頁）
- ⑦ 「アドボケーター活動は実施期間中であっても、本人の申し出により、いつでも中断できることを明記する。」（130頁）
- ⑧ アドボケーターを利用するための「同意書については本人・家族双方から得る。」（130頁）
- ⑨ 「時間についてはケースバイケースで利用者の入院する医療機関との相談による。」（133頁）。
- ⑩ 「アドボケーターが利用者から聞いた内容は、アドボケーター活動報告書に記載する。医療機関側に伝えるべき内容は、守秘義務違反にはあたらない。」（133頁）、「アドボケーターとなる者は、患者との面接の都度、記録を残すこととする。記録については、活動レポートとして経過で見ることができるようまとめ。面接終了後、患者が入院する医療機関の担当者に口頭で面接内容の簡単な報告をするとともに手渡す。」（136頁）。
- ⑪ 「報告書等を作成する際には、個人が特定できないようにあなたのお名前や病院名などはすべて匿名化します。」（131頁、132頁）。

## 2 2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）等の問題点

2015（平成27）年度モデル事業（日本精神科病院協会）及びこの事業に基づくアドボケーターガイドラインは、2014（平成26）年度モデル事業（支援の三角点設置研究会）及びこの事業に基づくマニュアルと同様、人権侵害に対する救済を目的とするものではなく、本人に治療を受けさせることを目的としており、権利擁護システムとはいえない。

また、「アドボケーター」は、入院者のために直接的な支援をすることが禁止されているとともに、精神科病院に対する報告義務を負っている。くわえて、実施条件・方法が医療機関の裁量に委ねられ、精神科病院の管理下でしか活動できず、精神科病院とは独立した第三者による活動といえない。

独立性が担保されていないことを前提とすれば、「医療」や「最善の利益」を名目に精神科病院の手先として、本人に対する「なだめ役」や本人が望まない医療を受けさせるための「誘導役」となってしまう可能性が高い。その他にも、希望者しか利用できない、家族が反対すれば利用できない等の重大な問題点が数多く含まれており、人権侵害に対する救済手段として全く意味を有しない。

このような制度が導入されてしまえば、かえって「アドボケーター」という名称で権利擁護システムが導入されたかのような誤った印象を与えてしまうことになる。本来あるべき権利擁護システムの導入に向けての議論を阻害するだけでなく、精神科病院の現状を追認するだけのものができてしまい、その弊害は極めて大きい。

## 第6 本来求められるべき権利擁護システムの実現に向けて

- 1 日本精神科病院協会による「アドボケーターガイドライン」は、精神科病院が精神障害者に治療を受けさせるための道具にすぎない。人権侵害の救済を目的とする権利擁護システムとは到底言えず、重大な問題点を数多く含むものであり、その弊害が大きい。

当センターは、その導入に強く反対する。また、このガイドラインを前提とする研修の実施についても反対せざるをえない。

- 2 精神科病院の密室性・閉鎖性が解消されておらず、人権侵害の温床となっている現状において、本来求められるべき権利擁護システムは、精神科病院から独立した第三者が入院中の人々の立場に立って、人権侵害に対する救済を目的とするものでなければならない。

これは、精神科病院から独立した第三者である当センターが長年、実践している精神科病院に入院中の方のために行う面会活動や精神科病院への訪問活動である。これらの活動が重層的に取り組みれることにより精神科病院に入院している人々の権利救済が図られていくものであり、こうした活動をさらに拡充させていくことが求められている。

- 3 このような権利擁護システムは、当センターにおいても、より多くの市民の方々に参加してもらうための体制を作り、精神障害者の権利擁護活動に関心のある他の団体との連携や協力を得ることにより、その実現は可能である。

厚生労働省が来年度に予定している研修は、当センターの行っているような権利擁護活動を実現・拡大するために実施されるべきである。当センターは、権利擁護システムを構築するために必要な研修の実施についても参加していく用意がある。

以上