

「人間の尊厳」から 「強制入院」を考える

九州大学名誉教授
内田 博文

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

- ・ 1945年に設立された国連が真っ先に行ったのは、世界人権宣言の採択でした。その世界人権宣言の前文、そして、これを受けて採択された「市民的及び政治的権利に関する国際規約」および「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」は共にその前文で、「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳及び平等の、かつ奪い得ない権利を認めることが世界における自由、正義及び平和の基礎をなすものであることを考慮し」などと謳いました。



話の順序と大項目

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
3. 措置入院と医療保護入院制度の問題点
4. どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるか

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

- ・ 「人間の尊厳及び平等」のうえに観念される基本的な人権が「世界における自由、正義及び平和」の基礎をなすとされ、この考え方を遵守することが加盟国に義務づけられています。
- ・ 「人間の尊厳」概念の法規範化は国内法のレベルでも見られます。1949年に西ドイツでボン基本法として制定され、「再統一」によりドイツ連邦共和国の憲法と位置づけられることになった「ドイツ連邦共和国基本法」も、その第1条で、「人間の尊厳は不可侵である。これを尊重し、および保護することは、すべての国家権力の義務である。などと規定しました。「人間の尊厳」は「不可侵」なものとして、しかも、国家権力によって尊重・保護されるべきものとして位置づけられています。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

- ・ 「人間の尊厳」をめぐる問題は古代から今日にいたるまで西洋思想史の最も重大な主題のひとつです。多くの西洋の思想家たちが、この観念を特徴づけようとしてきました。近代思想家のひとりであるカント(1724年—1804年)も、近代における「人間の尊厳」概念に大きな影響を与えました。
- ・ 「人間の尊厳」概念は第二次世界大戦後、国際的に再評価され、実定法上の概念とされることになり、新たな意味づけを与えられることになりました。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

- ・ これに対して、日本国憲法は、第13条で、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と規定し、「個人の尊重」及び「幸福追求権」を保障しています。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

・ 問題は、この「個人の尊重」と「人間の尊厳」との関係です。ドイツで「人間の尊厳」に反する最大のものは国家による生命の剥奪、すなわち、死刑である。死刑は「人間の尊厳」に反すると考えられています。フランスも憲法を改正して明文で死刑廃止を書き入れました。死刑に次いで問題とされているのは拷問です。

・ ヨーロッパでは死刑に次いで拷問も「人間の尊厳」に反すると考えられています。しかし、日本ではそうはなっていません。憲法第13条に違反するという見解もあまり聞かれませんが、



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

・ これに対し、1990年5月29日のドイツ連邦憲法裁判所の決定は、最低限度の生活の保障をドイツ基本法第20条第1項と結びつけた同基本法第1条第1項から導き出したうえで、当該生活保護費は「人間の尊厳」に値するとはいえないとして違憲だとしたからです。ドイツでは、「人間の尊厳」とはこのように個々の国民に具体的権利を付与したものとされているのです。

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

・ 社会福祉や医療などの領域でも「人間の尊厳」概念は重要な意味を持つと考えられています。

・ 意義の1つ目は、パターンリズムに関わります。そこでは、パターンリズムによらない社会福祉や医療などが標榜されます。「法的パターンリズム」の場合、対象者は「保護の客体」に留まるのに対し、「人間の尊厳」の場合は、対象者も含めて「権利主体性」が認められるからです。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-2 基本的人権の国際化

・ なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのでしょうか。それは、残念ながら、「人間の尊厳」が侵害された歴史があったからです。「人間の尊厳」の法規範化も歴史的な所産です。誤りを二度と繰り返さないためです。

・ 世界人権宣言は前文でこのことを「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と平等で譲ることのできない権利とを承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎であるので」という形で謳っています。

・ ドイツ基本法第1条もナチス・ドイツが犯したホロコーストをはじめとする数々の野蛮な非人道行為の再犯防止などを念頭に置いて設けられたものです。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-1 「人間の尊厳」概念の再評価と法規範化

・ 意義の2つ目は、ドイツ基本法第1条の運用と日本国憲法第25条第1項の運用とは大きく異なるという点です。朝日訴訟に関する1967年5月24日の最高裁大法廷判決は、「憲法25条1項はすべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営み得るように国政を運営すべきことを国の責務として宣言したにとどまり、直接個々の国民に具体的権利を賦与したものではない」とし、「何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、厚生大臣の合目的な裁量に委(まか)されて」と判示しました。

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか 1-2 基本的人権の国際化

・ それでは、日本国憲法第13条はどうして規定されたのでしょうか。「家」制度の禁止を念頭に置いて設けられたとされます。日本でも戦争中、たとえば九州大学生体解剖事件などに見られるように、ナチス・ドイツの非人道行為に匹敵するような行為が行われました。しかし、これらの事件は第13条の念頭には置かれていません。

・ 国の誤ったハンセン病強制隔離政策の法的根拠となった「らい予防法」(昭和28年8月15日法律第214号、「らい予防法の廃止に関する法律」(平成8年法律第28号)により廃止)は憲法違反だとして、13人の国立ハンセン病療養所入所者は平成10年7月、国に対する国家賠償請求訴訟を熊本地方裁判所に提訴しました。これに対し熊本地方裁判所は、平成13年5月11日の判決で、遅くとも1960年には「らい予防法」は違憲になっていたと、原告勝訴を言い渡しました。

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
1-2 基本的人権の国際化

- ・ 本判決において重要だと思われるのは、「新法(「らい予防法」一引用者)の隔離規定は、少数者であるハンセン病患者の犠牲の下に、多数者である一般国民の利益を擁護しようとするものであり、その適否を多数決原理に委ねることには、もともと少数者の人権保障を脅かしかねない危険性が内包されている」と判示された点です。民主主義には「量の民主主義」(多数決主義)と「質の民主主義」という両側面が認められますが、「量の民主主義」によって制定される法令のなかには、少数者の基本的人権の保障をも包含する「質の民主主義」を脅かし、憲法違反となるものも含まれている。このことを判示したものと考えられます。

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
1-3 ニュルンベルク綱領から患者の権利法へ

- ・ ニュルンベルク綱領やヘルシンキ宣言の発展線上に、世界医師会は、1981年、総会において「患者の権利に関する世界医師会(WMA)リスボン宣言」を採択しました。①良質の医療を受ける権利、②選択の自由、③自己決定権、④法的無能力者、⑤患者の意思に反する処置・治療、⑥情報に関する権利、⑦尊厳性への権利、等について「原則」をそれぞれ定めています。
- ・ このうち、「患者の意思に反する処置・治療」についての「原則」は、「患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、法が特に許容し、かつ医の倫理的諸原則に合致する場合にのみ、例外的に行なうことができる。」というものです。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
1-2 基本的人権の国際化

- ・ 第2次世界大戦後の世界が「質の民主主義」で何よりも重要視したのは基本的人権の保障でした。世界大戦の発生を防止することが戦後の世界の最重要の課題となった。この課題を達成するために「平和の防波堤」として基本的人権を保障する必要がある。国民の人権を無視する国は他国を侵略し、世界戦争を引き起こす可能性があると考えられたわけです。

1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
1-3 ニュルンベルク綱領から患者の権利法へ

- ・ 1992年にフィンランドで患者の地位・権利法が成立してから今日に至るまでの間に、ヨーロッパの多くの国では患者の権利法が立法化されてきました。現在、議会で審議中、準備中の国を含めるとヨーロッパの主要国のほとんどは、何らかの形で患者の権利に関する法的措置を取っていると言ってよいのです。
- ・ 医療従事者が自主的に定めるソフト・ローと、国などが制定するハード・ローとが車の両輪になっています。



1. なぜ、「人間の尊厳」を保障する必要があるのか
1-3 ニュルンベルク綱領から患者の権利法へ

- ・ ニュルンベルク裁判の後、アメリカ軍は残されたナチス戦犯を裁くために12の軍事法廷を設けました。このニュルンベルク継続裁判では、第2次世界大戦におけるナチス・ドイツによるユダヤ人に対する虐殺、人体実験などが反倫理的、反社会的な犯罪として裁かれました。この判決に基づき、ナチスの人体実験に対する厳しい反省をふまえ、人体を用いて試験を行う際に遵守すべき10項目の基本原則を定めた「ニュルンベルク綱領」が1947年に生まれました。
- ・ ニュルンベルク綱領を受けて、1964年6月、フィンランドの首都、ヘルシンキで開催された世界医師会総会で「ヘルシンキ宣言」が採択されました。宣言は、医学研究者が自らを規制するために採択された人体実験に対する倫理規範で、正式名称は、「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」といいます。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-1 精神衛生法の制定

- ・ 戦後の精神医療制度を方向づけた精神衛生法は議員立法として国会に提出され、第7回国会で総員賛成により可決成立しました。1950年5月1日の公布施行に伴い戦前の精神病患者監護法、精神病院法は廃止されました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-1 精神衛生法の制定

- ・ 「ベッド数の不足から、現在病院に収容することができず、座敷牢にある者の数は2千6百71人に達している実情であります。健全な社会の発展のためには、身体に対する衛生と並んで、精神衛生が不可欠であることは申すまでもございませぬ。
…ここに提案しよういたします精神衛生法案は、この立遅れ、取残されて来た精神衛生行政の車を一刻も早く前進させまして、心身ともに健康なバランスのとれた国民社会が達成されることを願ったものであります。」(昭和25年4月5日の衆議院厚生委員会での中山壽彦参議院議員の提案理由説明から)



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-2 憲法違反の内容

- ・ 同法の措置入院の要件の「自傷他害のおそれ」は曖昧な概念で濫用のおそれを内包していました。部屋の扉を蹴った、迷惑電話をかけただけで「他害のおそれ」があると認定され得ました。だが、法はこの判断を精神衛生鑑定医に委ね、それをチェックする手続も定めていませんでした。それは同意入院でも同様で、保護義務者が患者本人の権利と利益を適正に擁護し得る保証はありませんでした。利益相反することがあり得ましたが、法は保護義務者の判断をチェックする手続も規定していませんでした。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-1 精神衛生法の制定

- ・ このような立法趣旨から同法の内容も次のようなものでした。従来の座敷牢による私宅監置の制度を廃止して、長期にわたって自由を拘束する必要がある精神障害者は精神病院または精神病室に収容することを原則とする。精神病院の設置を都道府県に義務づけ、都道府県知事は都道府県が設置する精神病院に代わる施設として指定病院を指定する。法規制の対象に精神薄弱者及び精神病質者も加える。精神障害者の保護義務者の制度を従前通り規定する。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-2 憲法違反の内容

- ・ 保護義務者の同意が形骸化するおそれもありました。現在でも「本人の同意が得られないために医療保護入院とした」という記述がよくみられます。これらは憲法31条の適正手続保障に違反していました。第14条の平等原則にも違反していました。暴力団構成員のように「他害のおそれ」が強くて予防のための身柄拘束は現憲法下では認められないとされますが、「精神障害者」についてはそれが認められているからです。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-1 精神衛生法の制定

- ・ 精神障害のため自分自身を傷つけ他人に害を及ぼすおそれのある者については、精神衛生鑑定医の診断結果にもとづき、都道府県知事の命令によって、本人又は保護義務者の意思に反しても都道府県の費用負担で精神病院へ収容できる措置入院の制度を設ける。入院を必要とする精神障害者で任意入院を行う状態にない者については、保護義務者の同意があれば入院させることができる同意入院の制度を設ける。自宅療養の精神障害者に対し巡回指導の方法を講ずる。精神衛生審議会を厚生省の付属機関として設置する。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点 2-2 憲法違反の内容

- ・ 治療の必要性が理由とされますが、強制治療は最後の手段で、「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかつた場合に限り、罰しない。」(刑法37条1項)などの要件を満たす必要があります。しかし、精神衛生法は入院治療を原則としており、この要件を欠いています。強制入院させても有意な治療が用意されているわけではありません。不法監禁や虐待等に該当し得ました。
- ・ しかし、国会にはこのような意識が乏しかったのです。「精神障害者は危険だ」という差別・偏見が議場を支配していました。犯罪発生率はむしろ低いといった事実に着目されることはありませんでした。それはマスメディアのみならず司法界や法学界でも同様でした。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-3 蛇行を繰り返す法改正

・ 精神衛生法はその後、法改正を重ねました。ライシャワー駐日アメリカ大使が統合失調症の少年に刺され負傷したという事件を契機とした1965年の一部改正では、自傷他害が著しい精神障害者に対する緊急措置入院制度の新設、通院医療費公費負担制度の新設、保健所による精神衛生相談や訪問指導の強化、等が規定されました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-3 蛇行を繰り返す法改正

・ それでも、精神科病院での不祥事は後を絶ちませんでした。民間の単科の精神病院が多い等の事情も与って、患者の人権擁護体制が脆弱だということも露呈されました。最近でも保護室内での患者の不審死や看護師による患者傷害事件などが報じられています。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-3 蛇行を繰り返す法改正

・ 看護職員らの暴行によって入院患者2名が死亡したという宇都宮病院事件を契機とした1987年の精神保健法の成立で、本人の同意に基づく任意入院の制度の創設、入院時の書面による権利等の告知制度の新設、入院の必要性や処遇の妥当性を審査するための精神医療審査会の創設、社会復帰の促進のための社会復帰施設規定の創設、法律の5年ごとの見直し、等が定められました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-4 池田小学校事件と医療観察法の制定

・ 2001年の付属池田小学校事件によりベクトルが再び社会防衛に傾くことになりました。児童8名が殺害されたこと、同事件で死刑を言い渡された被告人には措置入院歴があったなどから、当時の自民党及び与党はプロジェクト・チームを作り法整備に乗り出しました。以前から日本精神科病院協会が働きかけていたことも与って、2003年に心神喪失者等医療観察法が成立しました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-3 蛇行を繰り返す法改正

・ 平成5年の精神保健法の一部改正では、精神障害者地域生活援助事業が法定化され、精神障害者社会復帰促進センターが創設されました。障害者基本法の成立を受けた1995年の精神保健福祉法の成立で、精神障害者が法的にも障害者として認知され、法律の中で精神障害者福祉が謳われることとなり、法の目的に「自立と社会経済活動への参加」が加えられました。精神障害者保健福祉手帳制度が創設され、社会復帰施設の4類型(生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場)が定められ、社会適応訓練事業が法定化され、公費負担制度の保険優先化、などが定められました。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-4 池田小学校事件と医療観察法の制定

・ ただ、立法事実が存在しないことは政府自身も認めており、日弁連などが当初は反対したことから、対象者は殺人などの重大な他害行為を行ったが「心神喪失」により不起訴又は無罪となった者に絞られました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-4 池田小学校事件と医療観察法の制定

・ 手続についても裁判官と精神保健審判員(精神保健指定医)の合議で審判を行い、適切な鑑定や専門家・関係者の意見を踏まえ、一定期間の強制通院・入院を含めた適切な処遇を決定する。入院医療は全額国費で、国公立等の指定入院医療機関で適切な処遇を実施する。退院後は指定通院医療機関で医療を継続し、保護観察所が都道府県等と連携して処遇の実施計画を定め、観察・指導等を実施する。被害者等に裁判所の手続等の傍聴を認め、審判結果を通知する、などが規定されました。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-5 その後の動き

・ また、2013年の一部改正では、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院について「家族等」のいずれかの者の同意の要件化、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者の設置の義務づけ、などが規定されました。2011年の障害者虐待防止法や2012年の障害者総合支援法も制定されています。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-4 池田小学校事件と医療観察法の制定

・ 法制定に当っては「対象者の保護」が強調されましたが、その後の運用は社会防衛に大きく傾いています。違憲性は強いのです。裁判官関与の審判でも事実誤認が生じています。治療が必要な時に必ず治療が受けられる構造にはなっていません。措置入院等の既存の治療と異なるわけではありません。新施設は地域的に偏在しており、患者の社会復帰を妨げています。既存の精神医療関係予算が減ぜられる結果を招いています。退院者から自殺者が出ています。医療観察法に基づく強制入院制度はもはや破綻しているとさえいわれています。



制度は破綻、廃止求む

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-5 その後の動き

・ 異なるベクトルのために蛇行しながら法改正が行われています。突発事件により差別・偏見をより深めた世論を追い風に進められる「強制医療の法制化ないし拡大」というのが一つです。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-5 その後の動き

・ 精神保健福祉法の改正はその後も続いています。障害者自立支援法の成立を受けた2005年の一部改正では、精神医療審査会の委員構成の見直し、改善命令等に従わない精神病院に関する公表制度等の導入、緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入、任意入院患者に関する病状報告制度の導入、市町村における相談体制の強化、精神分裂病の統合失調症への呼称の変更、などが規定されました。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-5 その後の動き

・ もう一つは、精神病院等における人権侵害事件の発生や国連勧告等に起因する「患者の人権擁護システムの整備ないし法制化」というものです。近時は国際的な批判を避けるなどのための「強制退院の促進」という新たなベクトルも加わっています。第一のベクトルが依然として支配的で、第三のベクトルも新たな人権侵害だともいえます。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-6 相模原事件



・ そのようななかで2016年7月26日に相模原の障害者施設殺傷事件が発生しました。28日に首相官邸で開催された関係閣僚会議で安倍首相は、塩崎厚労相や河野国家公安委員長らに対し施設の安全確保や「措置入院」の見直しについて早急に検討するよう指示したといえます。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-1 「専断的治療(医療)行為」の適法性

・ 「治療行為」という概念と「医療行為」という概念とは区別して用いられることも多いのです。この場合、「医療行為」は「治療行為」よりも広い意味で用いられます。現在、認められている「医療行為」は、

- ① 疾病の治療・軽減、
- ② 疾病の予防、
- ③ 奇形の矯正、
- ④ 助産・医学的墮胎、
- ⑤ 治療目的の患者への試験、
- ⑥ 医学の進歩のための実験、です。

2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-6 相模原事件

・ 事件の容疑者が2月に殺人をほのめかしたことから措置入院の措置が取られたが、2週間で退院していたことから、ネットなどでは「退院させなければ、事件は起きなかった」という意見が続出し、政府や自民党でも制度の見直しを検討することが決まり、厚労省も29日、措置入院制度の見直しを検討する方針を固めました。

池田小学校事件の時と同じパターンですが、今回は措置入院退院後の対象者への監督強化(保護観察の導入等)が見直しの柱になるものとされます。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-1 「専断的治療(医療)行為」の適法性

・ このうち、「治療行為」とは、人の身体にメスを入れたり、エックス線を照射したりするなど、医学上承認された方法により、人の身体を侵襲する行為をいいます。医者による「治療(医療)行為」は、患者の同意があり、それが医学的な法則に従って患者の生命の救助・延長、健康の回復のために行われる場合には、「正当業務行為」(刑法35条)とされ、法的な責任は問われないとというのが判例・学説です。手術のために手足を切断しても傷害罪で処罰されることはありません。



2. 日本の精神医療・精神保健福祉法の問題点
2-6 相模原事件

・ これに対し、精神障害者の団体や弁護士らは2016年8月2日、東京・霞が関の厚労省記者クラブで共同会見を開き、「障害者への偏見や差別を助長する」などとして見直しの中止を求めたといいいます。

・ その後、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(閣法第三四号)は国会に提出され、継続審査になっていましたが、衆議院の解散により廃案となりました。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-1 「専断的治療(医療)行為」の適法性

・ それでは、患者の意思に反する「専断的治療(医療)行為」の場合はいかがでしょう。同意がない以上は、「正当業務行為」とするのは困難だとされます。そこで、緊急避難の法理による正当化が問題となります。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-1 「専断的治療(医療)行為」の適法性

・ ただ、民法の緊急避難は「他人の物から生じた急迫の危険を避けるためその物を損傷した場合」(同法第720条第2項)だけに限定されていることから、「専断的治療(医療)行為」については、刑法の要件が参考とされます。緊急避難は、現在の危険を避けるために、何ら不正のない他人の正当な法益を侵害する行為であるということから、適法とされる要件は、正当防衛に比べて厳格です。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・ 「らい予防法」にもとづく「強制隔離」は憲法違反だとして国立ハンセン病療養所の入所者が国家賠償請求訴訟を起こしたからです。この訴えについて、2001年5月11日の熊本地裁判決は、緊急避難の法理を充たすかどうかを仔細に検討し、次のように判示しました。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-1 「専断的治療(医療)行為」の適法性

・ 正当防衛と同じ「やむを得ずにした行為」であっても、緊急避難の場合は、「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危険を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない。」(刑法第37条)というように、「現在の危険」と、「他にとるべき方法がないこと」(補充性の原則)と、「その行為より生じた害が、避けようとした害の程度を超えないこと」(法益均衡の原則)とが要求されます。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・ 「患者の隔離がもたらす影響の重大性にかんがみれば、これを認めるには最大限の慎重さをもって臨むべきであり、伝染予防のために患者の隔離以外に適切な方法がない場合でなければならず、しかも、極めて限られた特殊な疾病にのみ許されるべきものである。」(当時のハンセン病医学の状況等に照らせば、新法の隔離規定は、新法制定当時から既に、ハンセン病予防上の必要を超えて過度な人権の制限を課すものであり、公共の福祉による合理的な制限を逸脱していたというべきである。)



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性



・ 「専断的治療(医療)行為」のなかでも患者の権利を侵害する度合いが大きいのは、「強制入院」や「強制隔離」です。その合憲性が問われたのが「らい予防法」違憲国賠訴訟でした。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・ 国が控訴を断念したために、この判決は「強制入院」や「強制隔離」の合憲性の基準を示した唯一の確定判決として、その他の「強制入院」や「強制隔離」の合憲性を判断するに当たっても大いに参考となっています。しかし、ここで補足しなければならないことは、「強制入院」や「強制隔離」が合憲とされるためには、緊急避難の要件を充たすだけでなく、憲法第31条の適正手続の保障も充たさなければならないという点です。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・そして、「強制入院」や「強制隔離」による人権制限の甚大性に鑑みると、この適正手続は刑事手続のそれに準じたものが要求されるというべきでしょう。というのも、先ほどの熊本地裁判決は、この人権制限の甚大性について、次のように判示したからです。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・「精神障害者」に対する「強制入院等」を規定しているのは精神保健福祉法と医療観察法です。緊急避難の法理及び適正手続の保障を充たしているかどうかは、これらの規定の合憲性を判断するに当たっても基準とされるべきでしょう。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・「新法の隔離規定によってもたらされる人権の制限は、居住・移転の自由という枠内での確に把握し得るものではない。ハンセン病患者の隔離は、…例えば数年程度に終わる場合であっても、当該患者の人生に決定的に重大な影響を与える。ある者は学業の中断を余儀なくされ、ある者は職を失い、あるいは思い描いていた職業に就く機会を奪われ、ある者は結婚し、家庭を築き、子供を産み育てる機会を失い、あるいは家族との触れ合いの中で人生を送ることを著しく制限される。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・それでは、精神保健福祉法による「措置入院」及び「医療保護入院」のケースはどうか。緊急避難の法理及び適正手続の保障を充たしていないことは明らかでしょう。「医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあること」という「措置入院」の要件には、緊急避難の法理において重要な要件とされる「補充性の原則」は付されていません。「法益均衡の原則」についても、配慮は認められません。「現在の危難」についても、それは同様です。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-2 「らい予防法」による「強制隔離」の違憲性

・その影響の現れ方は、その患者ごとに様々であるが、いずれにしても、人として当然にもっているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれるのであり、その人権の制限は、人としての社会生活全般にわたるものである。このような人権制限の実態は、単に居住移転の自由の制限ということで正当には評価し尽くせず、より広く憲法13条に根拠を有する人格権そのものに対するものととらえるのが相当である。」

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・「自傷他害」というのは極めて曖昧な概念です。例えば、「暴行」概念の場合、刑法では暴行罪に言う「暴行」概念と強盗罪に言う「暴行」概念と騒乱罪に言う「暴行」概念は厳密に区別されています。保護法益についても、暴行罪と強盗罪は個人的法益に対する罪、騒乱罪は社会的法益に対する罪というように区別がなされています。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 精神保健福祉法に言う「他害」行為とは、誰に対する、どのような「他害」行為を意味するのでしょうか。いわゆる迷惑行為も「他害」行為に該当するのでしょうか。迷惑行為にも法が規制する迷惑行為と、法の規制外に置かれている迷惑行為とがあります。法の規制外に置かれている迷惑行為も「他害」行為だということになれば、「他害」要件は実質的には無いにも等しいのです。必要な限定があつて然るべきですが、そのような運用はなされていません。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 「自傷」行為についても限定がなされて然るべきですが、そのような解釈・運用は行われていません。ここでも解釈・運用は専門外の精神科医に任されています。精神医療審査会がそれを適正にチェックできる保証もありません。ここでも適正手続の保障に欠けるところは甚だしいのです。

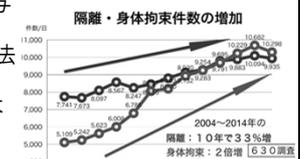
3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 当該「他害」行為からどのような危険性が生じているかも問題となりましょう。正当防衛や緊急避難にいう「急迫」性ないし「現在」性が満たされる必要があると考えられますが、そのような解釈運用はなされていません。「他害」行為の解釈・運用は不思議なことに専門外の精神科医に任されています。精神医療審査会がそれを適正にチェックできる保証もありません。メンバーの多くもまた法律の非専門家だからです。適正手続の保障に欠けるところは甚だしいのです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 精神保健福祉法の「強制入院」の場合、「都道府県知事は、入院及び入院の勧告をする場合には、患者等に対し適切な説明を行い、その理解を得るよう努め、入院の勧告又は入院の措置をしたときは、遅滞なく、感染症の審査に関する協議会に報告するとともに、入院の延長の勧告をしようとする場合には、患者等に対し、意見を述べる機会を与えなければならないものとする」といった改正感染症法中に挿入された規定さえも欠いています。違憲の誇りは免れがたいといえましょう。

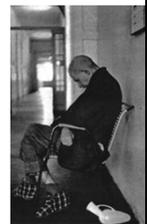


3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 「自傷」行為の場合も、それは同様です。自傷行為には、命にかかわるような自傷行為から、それには程遠いような自傷行為まで、いわゆるピンからキリまで認められます。精神保健福祉法に言う「自傷行為」とはこのピンだけを指すのか、あるいはキリまでふくまれるかが曖昧です。かりにキリまで含まれるとすれば、この「自傷」要件もないに等しいのです。そのような自傷行為は多くの人が多かれ少なかれ行っているからです。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ それは、「医療保護入院」の場合も同様です。「精神科病院の管理者は、『指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第22条の3の規定による入院(任意入院—引用者)が行われる状態ないと判定されたもの』などについて、…本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。』旨が規定されているからです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ もっとも、「医療保護入院」の場合は、「措置入院」の場合と異なり、「保護者の同意」が要件とされています。しかし、「保護者の同意」をもって患者本人の同意とみなし、これによって「医療保護入院」を「正当業務行為」として正当化することはできません。

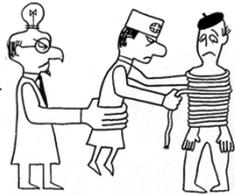


3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 「保護者の同意」を「医療保護入院」の要件とするとは二重の意味で問題があります。第1の問題は患者本人についてで、このような不同意入院を認めることは患者の「人間の尊厳」が損なわれることになるからです。第2の問題は保護者についてで、本来、国や社会が負担すべきことを無理に負担させられた挙句、自己の生活を守るか、あるいは自己の生活を犠牲にして患者の生活を守るかという「辛い選択」を迫られ、「不本意な同意」を強制されるからです。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 確かに、デンマーク「患者の権利に関する法律」(1998年第482号)は、その第8条第1項及び第2項で、「保健従事者の個々の査定により、15歳に達した患者が自己の態度の結果を理解することができないと判定される場合、親権者はインフォームドコンセントを与えることができる。」などと定めています。同旨の規定を置いている国は少なくありません。しかし、親権者が患者本人の法定代理人ないし補佐人などとして、「患者本人の利益」を基準として判断することを前提にした規定というべきでしょう。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 二重の意味で、保護者をもって患者本人の法定代理人や保佐人とみなすことはできません。平成25年の精神保健福祉法の一部改正で、医療保護入院の見直しが行われ、医療保護入院における保護者の同意要件を外し、「家族等」(配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人のうちのいずれかの者)の同意を要件とする。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行うとされたのもそのためでしょう。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 日本の場合はいかがでしょう。「医療保護入院」をめぐって保護者の意思と患者本人の意思とが矛盾する場合があります。ハンセン病の場合、この矛盾はより深刻なものであります。精神科の場合も、ハンセン病とよく似たような状況があるのではないのでしょうか。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ しかし、これで問題が解決されたかというところ、そうなりません。「保護者の同意」が「市町村長の同意」に置き換えられたにすぎません。家族の負担は軽減されたが、市町村長が「本人の利益」を代弁し得るという保証はありません。むしろ、社会における精神障害に対する根強い差別・偏見を背景にして「市町村長」同意が社会防衛に傾く嫌いが強いのです。それをチェックする適正手続も用意されていません。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-3 精神保健福祉法による「強制入院」

・ 精神医療審査会は書面審理で、審査資料はごくごく限られており、審査時間もごく短いために、このような適正手続を担う役割を果たすことは到底不可能です。「入院の必要があるが、本人には入院の意思がない、あるいは、そもそも病識がない。」旨の医師の記述があり、「家族等の同意」欄に「家族等」の署名があれば、余程のことがないかぎり保留とすることは難しいのです。「医療保護入院」も依然として違憲の疑いが強いのです。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ そもそも、「現在の危難」という要件を充たしているかも疑問です。「強制入院等」の要件は、「措置入院」の場合と同じく、「精神障害」と「重大な他害行為」とは原因と結果の関係にあることを前提にしています。この前提の上に、「重大な他害行為の再犯のおそれ」をもって「現在の危難」とみなしています。「精神障害」を改善すれば、「重大な他害行為」等は反復しない。「現在の危難」を避けることができる。このように考えられています。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ それでは、医療観察法による「強制入院等」の場合はいかがでしょうか。「強制入院等」の要件とされるのは、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要がある場合」です。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ しかし、各種の司法統計は、「精神障害者」の犯罪率は、一般的には、「健常者」のそれに比べて、むしろ低いことを示しています。「精神障害」と「重大な他害行為」等との間に固有の関連性があるとの確立した医学的知見も存在しません。「重大な他害行為」等の「再犯予測」が困難な問題だということは、法務省でさえも認めているところです。「再犯予測」が可能だと主張する者でさえも、その正答率は3割にとどまるとされます。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ 問題は、この要件が緊急避難の法理によって要求される「現在の危難」、「補充性の原則」、「法益均衡の原則」などを充たしているか否かです。充たしているとはいえません。改正感染症法にみられるような「補充性の原則」は付されていないからであり、「法益均衡の原則」についての配慮も全く認められないからです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ とすれば、検察官から「強制入院等」の請求を受けた裁判所では、科学的な根拠なしに、この「再犯予測」を行い、「強制入院等」の是非を判断せざるを得ないということになりましょう。この判断が、「社会防衛」や「パターンリズム」といった規範的なものに傾くのは避けられません。

・ かりに、それが避けられたとしても、この判断には7割以上もの誤判が生じる危険性が構造的に内包されているのです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」



・ しかも、この審判では、「過去における『重大な他害行為』の存在」や「再犯予測」についても、刑事裁判で罪体の立証に要求される「厳格立証」(合理的な疑いが残らない程度の立証)は要求されていません。誤判の危険性はより一層高まります。「『対象行為を行った際の精神障害』の未改善」をもって「現在の危険」要件が充足されたということが全くできないことは改めて詳述するまでもないでしょう。実体法的にみて、正当化は困難といわざるをえません。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ 「入院強制等」の要件の認定に当たって、刑事裁判において検察官に要求される「厳格立証」が要求されていません。適正手続の保障の面からみても、違憲の疑いは強いのです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ 医療観察法の運用においては、「治療可能性」や「退院可能性」のない者は「強制入院等」の対象から除外されているようです。付添い人活動の大きな成果といえないことありません。しかし、これによって「強制入院等」の合憲性が確保されたというわけではありません。「治療可能性」や「退院可能性」のない者を入院させないということは、「治療」ということからくる当然の結論であって、「強制入院等」を正当化する根拠とはなり得ないからです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

・ 国の誤ったハンセン病隔離政策はようやく断罪されました。しかし、それに勝るとも劣らない「精神障害者」隔離政策は、医療観察法による「強制入院等」の新設などに見られるように、21世紀に入っても改められるどころか強化されようとしてしまっています。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-4 医療観察法による「強制入院等」

・ 問題は、医療観察法第35条の必要的付添い人制度によって、刑事手続並の適正手続が保障されたと評価しえるかです。否といえましょう。刑事裁判では、まがりなりにも当事者主義が採用されており、被告人に一方当事者の地位が認められています。しかし、医療観察法による審判においては、対象者には裁判の主体として活動しうる地位は認められていません。これでは、「特別裁判所による差別的な裁判の実施にしか過ぎない」と批判されています。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

・ 日本の場合、「精神障害者」の身柄拘束は、犯罪者のそれを上回るものがあります。「精神障害」に罹患している者の総数は303万人(通院268万人、入院35万人)と推定されている。任意入院患者も含む全入院患者の半数を超える17~18万人の患者は24時間出入口を施錠された閉鎖病棟に隔離されているといわれています。

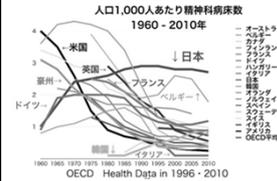


3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

・ また、入院隔離の期間は13万2千人が5年以上の長期にわたっています。そのうち20年以上は4万5千人を超え、14%を占めています。これに対し、1年間に懲役あるいは禁固刑の有罪判決を受ける人はおよそ4万6千人。このうち実刑判決を受けて実際に刑事施設に収容される人はわずか2万人にとどまります。しかも、収容される期間が5年間を超える人は6~7.2%の1200から1500人に過ぎません。

3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

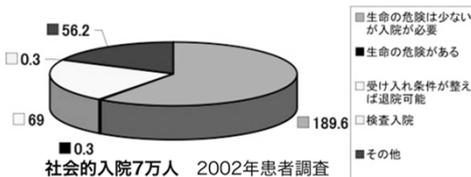
世界は20世紀精神科ベッドを減らし地域生活支援に転換
 日本は今も入院中心 (OECD平均0.7床、日本2.7床)



・ 精神科病床数推移の国際比較をOECD26か国で見ると、ここでも日本が抜き出ています。日本を除くOECD諸国は、近時はすべて人口千人当たり1.5未満となっています。0.5未満の国も4か国あります。0.5から1未満の国も5か国あります。これに対し、日本は1900年以降も人口千人当たり3近くを維持しているからです。

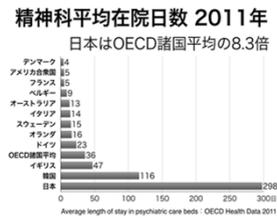
3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

・ 「精神障害者」の場合は41%に上っています。国は社会的入院患者を7万人と推定していますが、現実にはもっと多いといわれています。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

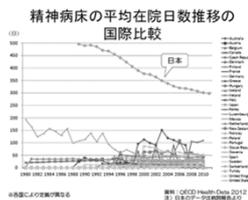
・ このような身柄拘束の状態を改善し、日本の精神科医療を「施設」「入院」中心方式から「地域」「在宅」中心方式に切り替えることなしに、「精神障害者」に対する「強制入院」を合憲なものとすることはできません。この切り替えなくしては、「入院医療」が「在宅医療」ではどうしてもまかなえない「やむを得ない方法」とはなり得ないからです。



3. 措置入院と医療保護入院の問題点
3-5 犯罪者を上回る「精神障害者」の身柄拘束

・ 「今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会」の資料によって「平均在院日数推移の国際比較」を1960年から2004年について見ると、日本は若干の変動があるものの、300日から350日の間で推移しています。これに対し、ほとんどのOECD諸国は50日未満です。

- ・ 1980年には200日近くあったスペインも50日近くにまで減少してきています。
- ・ 1970年ころは150日を超えていたイタリアも1980年過ぎには50日未満になっています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-1 障害者権利条約と強制入院

・ 2006年に国連総会で採択された障害者権利条約は、その第14条第1項Bで「締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。」「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。」と定め、また第12条第1項で「締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。」と定めています。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-1 障害者権利条約と強制入院

・これらの規定は、精神障害との関係でいえば、精神障害の存在を理由とした強制入院は認められないこと、精神障害のために治療同意能力がないものとして強制入院を行うことは認められないことを定めたものと理解するのが相当でしょう。条約が強制医療の全廃をなぜ規定したかという、努力さえすれば到達可能な目標であることが諸外国の実践例によって示されているからです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

・フランスでは、24時間、72時間、15日と早期に非自発的入院の妥当性を監査する入院システムが導入され、非自発的入院の継続に関して司法側からの判断が重視されるようになりました。

表1 入院患者数統計

	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1988	1991
入院総数……	113,455	115,994	110,688	96,995	81,188	78,894	74,747	59,427
・強制収容……	32,504	19,906	9,292	4,103	2,657	2,573	2,544	2,771
・任意収容……	66,266	68,596	52,775	35,665	21,953	19,861	16,829	6,678
・自由入院……	14,685	27,492	48,621	57,227	56,578	56,460	55,374	49,978

1991年については、強制収容→強制入院、任意収容→第3者の要求に基づく入院”。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-1 障害者権利条約と強制入院

・諸外国の精神保健医療福祉の動向についての「今後の精神保健医療福祉の在り方等に関する検討会」の資料によると、「諸外国における地域移行をめぐる動向」が、病床削減率が高い国(概ね65%以上)と、病床削減率が低い国(概ね40%以下)に、そして、前者の病床削減率が高い国がさらにオーストラリア、イタリア、アメリカ合衆国、ノルウェー等のように1960-70年代に病床数が大きく減少した国と、フィンランド、イギリス、スウェーデン、ルクセンブルグ等のように1980年代に病床数が減少した北欧・西欧の国に整理されています。病床削減率が低い国として取り上げられているのはドイツ、カナダ、チェコ、オランダなどです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

・イタリアの精神保健医療福祉の改革において大きな役割を果たした精神科医フランコ・バザーリア(Franco Basaglia, 1924-1980年)の考え方は、病気をみるのではなく、一人の人間としてみる。病気ではなく、現象学的、人間学的意味においてその人が誰であるかが大事である。そこには、「病気」ではなく、「苦悩」がある、患者を開放する前に、自分自身を開こう。「自由こそ治療」である。味方を増やす戦略の徹底。病院スタッフ、労働組合との粘り強い話し合い。病院の内外の反対派とも何度も話し合う。市民世論を味方に、というものでした。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

・そのうち、イギリスでは、1990年にコミュニティアク法が成立し、自治体が社会復帰関連施設を整備し社会資源を提供することにより、障害者がコミュニティの中で生活できるようにするというコミュニティアク法への転換が支援されるようになりました。これにより、人口1000人当たりの精神病床数は1977年の3.2から、1998年には1.0にまで減少したとされます。イギリスで注目されるのは家族への支援で、家族支援ワーカー700名が全国に配置されるなど、家族に対する支援も政策化されているという点です。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

・イタリアでは、1978年5月に、「自発的および強制による健康診断と治療に関する法律」(精神保健法)が制定され、次のような内容が規定されました。

- ①精神病院の新設を禁止。
- ②精神科病院への新規入院を禁止(1980年からは再入院も禁止)。
- ③治療は病院以外の地域社会の中の施設で行う。
- ④入院治療は総合病院の病床(15床以下)で行う。
- ⑤強制入院は2人の精神科医が独立して判定する。その入院期間の期限は7日間以内とする。その最終責任は市長が負う。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

- ・法制定後の道のりは決して順風満帆であったわけではありません。常に反対運動に晒されて、政権が変わるごとに危機に直面しながらも、法180号に立ち返って議論され、この改革の流れが死守されることが繰り返されました。そして、最終的に1999年3月、イタリア全土の精神病院のすべてが閉鎖されたことを保健大臣が宣言するに至りました。
- ・イタリアが、精神医療は「医療」が目的であり、「犯罪予防」は「医療」ではないという論理から、「犯罪予防」を精神医療の法律から取り除いたことについても、次のようにコメントされています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-3 クラーク勧告

- ・しかし、今から振り返ると、西欧諸国が脱施設化を終えようとしている時期に病院収容のピークを迎えるという惨めな結果を防ぐチャンスは日本にもあったのです。その1つが、1968年のクラーク勧告の時期でした。WHOは、英国ケンブリッジの精神医療改革で実績を上げたD・H・クラーク氏を日本に派遣しました。1966年時点で日本の精神病床は人口1万人対18.5床であり、なお増え続けている状態にありました。クラーク氏は3か月間にわって調査し、洞察に富んだ勧告をしました。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-2 諸外国の動向

- ・「この法律(法180号—引用者)が世界的にユニークなのは、精神科医に治安の責任を負わせていないことである。それは法文の中で、治療(収容)の判断基準として、『他害のおそれ』がうたわれていないことである。(略)バザリアたちは『他害の恐れがあるかどうかは、警察の判断に任せるべきことで、精神科医の仕事ではない。精神科医は警察の役目を捨ててこそ患者と良い関係を築けるのだ』と主張してきた。それが180号法に反映された。」(大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店、2017年)
- ・イタリアの改革から学ぶことは少なくありません。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-3 クラーク勧告

- ・しかし、クラーク勧告が受け入れられることはありませんでした。当時の厚生省の課長は、クラーク勧告に関する記者会見で、「斜陽のイギリスから学ぶものは何もない」と話したといわれています。その後の日本は、むしろ勧告の反対の方向に進みました。この政策決定は後世に重大な禍根を残すものとなりました。というのも、当時は病床数の削減は現在ほどには必要なく、病院の閉鎖をしなくても済む、その意味で、比較的痛みの少ない政策転換が可能な時期だったからです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-3 クラーク勧告

- ・西欧諸国が1955年前後をピークに精神病床数を減らしてきたのに対して、日本は全く反対に病床数を増やし、何と1993年まで増やし続けてきました。ざっと40年遅れということになります。

日本における地域精神衛生—WHOへの報告

1967年11月より1968年2月に至る3か月間の顧問活動に基づいて

デービッド H. クラーク

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-3 クラーク勧告

- ・現にそのような選択をした地域がありました。地域精神保健活動が盛んなことで知られている神奈川県は、精神病院の新設を認めなかったことで、人口1万人当たり16.2床(1988年)で、当時としては国際的にも遜色ないレベルを保っていたからです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-3 クラーク勧告

- ・クラーク氏は、その後、何回か来日し、20年後の1988年には私的な報告書を出しています。そこで、クラーク氏は、「この20年間、…経済的には繁栄したが…、日本の精神保健サービス組織は、ほとんど変化しなかった」「精神病院の患者数は、その多さで世界でもやっかいな傑出ぶり」と厳しく難じています。
- ・その後も、事態は改善されるどころか、先進諸国との格差は拡大し続けています。「やっかいな傑出ぶり」から「世界の孤児」になった感があります。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-4 民間病院

- ・日本の精神科医療の発展に果たした民間病院の役割も看過することはできません。ハンセン病療養所はどういうところでしたかという質問に対し、療養所入所者の半数は「天国」だと答えました。社会で迫害に晒され、社会での居場所を奪われ、家族からも見捨てられたハンセン病患者らにとって療養所はまさに「アジール」でした。「ないないずくしの」療養所生活でさえも「アジール」と感じられたのです。民間病院が果たしている「アジール」としての役割は正当に評価されなければなりません。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-4 民間病院

- ・イタリアの精神医療改革では、単科精神科病院をなくしたということが大きな位置を占めています。そのことが、改革全体の退路を断ったという意味で重要です。改革前のイタリアでは、精神病院の9割が国公立でした。そのため、施策としての誘導も行いやすく、また、病院内から地域へ出ての仕事に変えていく途上にあっても、病院で働く職員の雇用を公務員として国が保証したことが改革推進の大きな後ろ盾になっていました。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-4 民間病院

- ・しかし、他方で考えなければいけないことは、家族が患者本人を守ったために社会で迫害に曝されることがなかった。家庭の中に居場所もあった。そういう入所者たちは療養所を「地獄」だと答えたという点です。つまり、療養所が「天国」と映るか、あるいは「地獄」と映るかは社会で居場所が確保されていたかどうか、迫害から守られていたかどうかにかかっているのです。その意味では、療養所は「真のアジール」に代わる「代替のアジール」、あるいは「虚構のアジール」といってよかったのです。民間病院が果たしてきた役割もこれに似ていないでしょうか。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-4 民間病院

- ・イタリアの精神医療改革を日本に導入する場合、単科精神科病院をなくすとまでいなくても必要最小限に削減することが日本において可能かどうかということが大きな問題となりましょう。単科精神科病院には、すでにそこを利用する人、そこで働く人が厳然として存在します。そして、入院という形で病院が収入を得ることが最も効率的になるように診療報酬制度が定められています。現状では、地域に向けて大きく踏み出そうとすると、即座に経営の危機に晒されるおそれがあると言えます。しかも、日本の場合、自由開業医制が敷かれており、精神科病院の9割は民間病院です。自ら採算をとっていかねばなりません。この点をどのようにしてクリアしていくのか。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-4 民間病院

- ・今、私たちがなすべきことは、民間病院をもって患者に「アジール」と言わしめることではなく、患者に対し「真のアジール」を保障するように努めることではないでしょうか。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ 戦後、国は、精神障害者を私宅監置の劣悪な状況から救い出し、医療のもとに置くための場となるはずの精神病院を国が設けるのではなく、民間に多くを委ねました。ハンセン病の場合と違う点でした。精神科疾患の場合は患者の数が多すぎて、国公立で賄うことは財政的に難しいと考えられたからです。その意味では、戦後の日本の精神科医療、患者処遇の基本形態である精神病院内収容隔離は、精神科医の承認と積極的関与なしには法的にもありえなかったのです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ このような評価は神谷が精神科医であることも大きく与えていると言えます。医師のパターナリズムは精神科医の場合、より強いものが見られるからです。
- ・ 古くはギリシャ時代から、医療人には「黄金律」として「ヒポクラテスの誓い」があります。しかし、ニュルンベルク継続裁判では、184人の医師が起訴され、24人が死刑、20人が終身刑、98人が懲役を言い渡されました。どうして「ヒポクラテスの誓い」を知る医師が患者を守らずに、ナチスの権力にすり寄っていったのでしょうか。その理由の1つとして、「ヒポクラテスの誓い」の根底に「パターナリズム(父権主義、温情的干渉主義)」があったことが指摘されています。安易な「優生思想」(アーリア民族の保護育成)と結びついた医師たちが、ナチズムの非人道的な全体主義に取り込まれていく弱点がこのパターナリズムにあったと言われています。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ 問題は、民間病院とそこに働く精神科医らがそれを消極的に受け入れたのではなく、積極的に受け止めた。精神科医らはまじめにその役割を果たしたという点です。自らの積極的「医療行為」を意義付けるにあたっての理念も、自らも差別・偏見に曝されながら、医師らによって悪戦苦闘の体験の中から形成されていきました。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ ニュルンベルク継続裁判を踏まえて、「ニュルンベルク綱領」は、前述したように、医療の主体は医師ではなく、患者であることを明確にしました。ながい間、医師にとって「黄金律」とされた「ヒポクラテスの誓い」には弱点があり、医師にとって自明の理であった「父性主義・温情的干渉主義」が批判されることになりました。医療における理想の目標は、患者の「自主性」または「自己決定権」の確立にあり、ただ、その決定に当たって必要な知識や判断材料は医療側の手にあり、患者とは大きな非対称性があるため、医療側に「説明責任」(accountability)が課される。こう考えられるようになりました。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ ハンセン病強制隔離政策を牽引し、国立ハンセン病療養所の第一号の長嶋愛生園の初代園長等を歴任した、そして生前は「救癩の父」とあがめられ、文化勲章やダミアン・タットン章を受章した光田健輔らがハンセン病患者に臨む態度はパターナリズムでした。この光田らのパターナリズムについて、同じく愛生園で精神科医として1958(昭和33)年から1972(昭和47)年にかけて勤務した神谷美恵子は、その著『人間をみつめて』(『神谷美恵子著作集』第2巻、1980年、みすず書房)に所収の「光田健輔の横顔」において、「研究と診療と行政と。あらゆる面に超人的な努力を傾けた先生は、知恵と慈悲とを一身に結晶された人物であった」と記しています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-5 パターナリズム

- ・ 精神科医療だからといって、今もパターナリズムを続けてよいというわけではありません。「パターナリズム」を「人間の尊厳」に置き換えることが求められています。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・精神科における長期入院患者の苦悩のうち、家族サポートの欠如については、患者本人による悲痛な訴えが数多く見られます。
- ・問題は、何故、このような事態が生じているかです。責任が家族にあるわけではありません。増して、患者本人あるわけではありません。責任は国・自治体にあります。日本国憲法第25条の定める「生存権」保障は、当然のことながら、精神疾患を有する者にも及ぶからです。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・これらによると、精神疾患を有する者が「健康で文化的な生活最低限度の生活を営む」ために必要な「合理的な配慮」を行うことは国及び自治体の義務ということになります。努力目標ではないのです。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・もっとも、1982年7月7日の最高裁大法廷判決は、「憲法25条の規定の趣旨にこたえて具体的にどのような立法措置を講ずるかの選択決定は、立法府の広い裁量にゆだねられており、それが著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱・濫用と見ざるをえないような場合を除き、裁判所が審査判断するのに適しない事柄であるといわなければならない。」と判示しています。ドイツ連邦憲法裁判所における基本法第1条および第20a条の解釈・運用と大きく異なる点です。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・にもかかわらず、国及び自治体はこの義務を履行していません。「世帯主義」の下に、責任を家族に転嫁し続けてきました。「世帯主義」とは、課税、社会保障、住民登録、農業など、現実の様々な施策の場面では個人単位ではなく世帯を単位とする方式を言います。「世帯主義」が採用された真の理由は、公的扶助制度の展開を最小限に止め、保護範囲と保護水準を抑制することにあります。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・しかし、その後、事情は大きく変化しました。障害者差別解消法第7条第2項は、「行政機関等は、その事務又は事業を行うに当たり、障害者から現に社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合において、その実施に伴う負担が過重でないときは、障害者の権利利益を侵害することとならないよう、当該障害者の性別、年齢及び障害の状態に応じて、社会的障壁の除去の実施について必要かつ合理的な配慮をしなければならない。」と定めているからです。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか 4-6 家族

- ・全面的な社会保障政策の展開の困難さ故に、世帯への依存度を強めたのです。このことは、かつて「家」が負わされた社会保障代替機能が今や世帯に求められることを意味します。扶養共同体として世帯は、民法の親族間扶養義務では正当化し得ない大きな負担を被(かぶ)ることになりました。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-6 家族

・この「世帯主義」は精神科医療の領域にも事実上及んでいます。その結果、家族は「負担の限界」を超えた場合、患者を「家族」から切り離すかどうかの「辛い判断」を迫られ、患者本人から見ると「家族サポートの欠如」と映るような選択を行うことを余儀なくされることになりました。このような「二律背反」の状態に家族を追い込まないことが国及び自治体の責務ですが、追い込んでいるのが現状です。日本の精神科医療を諸外国並みに地域医療に移行するにあたっては、この家族の問題も手当てが必要不可欠ということになります。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-7 差別・偏見

・検討会は2010年6月、中間報告書を国に対し提出しました。柱は「患者の権利に関する体系」と「疾病を理由とする差別・偏見の克服、国民・社会への普及啓発」でした。2011年に検討会が医療機関に対して実施したアンケート調査によると、疾病を理由とする差別・偏見では依然として精神科疾患が深刻で、病院の側でも地域住民の理解の促進に努めているが、これ以上は無理で、今後は国及び自治体が主体的に取り組んでほしい旨の強い希望が示されました。障害者差別解消推進法の活用が課題とされましよう。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-7 差別・偏見

・日本の精神科医療を改革し、地域医療に転換するに当たっては、精神障害に対する差別・偏見を除去していくことも不可欠となります。2001年5月11日の熊本地裁判決は、「無らい県運動等のハンセン病政策によって生み出された差別・偏見は、それ以前にあったものとは明らかに性格を異にするもので、ここに、今日にまで続くハンセン病患者に対する差別・偏見の原点があると言っても過言ではない。」と判示しました。国の誤って生み出された差別・偏見だと断じました。精神障害に対する差別・偏見も同様である。国の誤った強制入院主義によって生み出された差別偏見だと言ってよいのです。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・「やっかいな傑出ぶり」から「世界の孤児」になった感があると揶揄される日本の精神科医療をどのようにして改革し、内外との異次元の格差をどう埋めていくのか。短期的には難しい、長期にわたる可能性が強いというのであれば、短期、中期、長期の目標を設定して、そこに至る工程表(ロードマップ)を早急に策定しなければなりません。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-7 差別・偏見

・問題は、国が誤った国策によって自らが作出・助長した、この差別偏見の除去に積極的には取り組んでこなかったという点です。
・違憲判決などを踏まえて、国が設置した第三者機関の「ハンセン病問題検証会議」の提言を受けて、国は第三者機関「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に関する再発防止検討会」を2006年3月に設置した。爾来、検討会は現在まで検討を続けています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ハンセン病の場合、強制隔離政策の放棄は国際社会の勧告から40年近くも遅れました。このまま小手先の「その場しのぎ」を続け、必要な手当てを先送りし続けた場合、日本の精神科医療の国際化は何年かかっても達成は難しい。社会防衛を内包する「不純な精神科医療」という汚名も払しょくし得ないということになりましよう。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ 地域医療に移行するためには、民間の単科精神科病院という問題、精神科医師、それも積極的に患者に接する医師に根強いパターナリズムの問題、家族の問題、差別・偏見の問題その他について必要な検討を加え、改革の道筋をつけていく必要があります。多様な精神医療サービス網の整備及び精神福祉サービスの充実とともに、医療サービスと福祉サービスを調整する機能を持つ機関が必要となります。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ ロードマップの設定に当たっては、当事者参加は絶対に欠かせません。ハンセン病の場合は、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律(平成20年6月18日法律第82号)」において、「国は、ハンセン病問題に関する施策の策定及び実施に当たっては、ハンセン病患者であった者等その他の関係者との協議の場を設ける等これらの者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。」(第6条)と定められました。障害者差別解消推進法にも似たような規定が置かれています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ 民間病院がこの機能を担い続けることには限界があります。精神科医の間に見られる見解の相違、あるいは当事者の間に見られる見解の相違、医師と当事者の間に見られる見解の相違、当事者と家族の間に見られる見解の相違なども調整の必要が出てきます。この調整は、短期の目標の段階、中期の目標の段階、長期の目標の段階などで、それぞれ、丹念になされる必要があります。各段階における「患者の権利」擁護とその担い手の確保も課題となります。弁護士ないし弁護士会がこの点でどのような役割を果たしていくのでしょうか。

4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ とすれば、ロードマップの策定に当たっては、この点こそが最重要ということになります。これまでは、当事者らの反対にもかかわらず、「改革」と称する法改正や新たな制度の導入などが強行されてきたからです。これらは、明らかに障害者権利条約に反しており、日本国憲法第31条の「適正手続の保障」にも反しています。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ 国は、突発事件が起きた際、国民の不安などに応じて必要な検証を行い、その結果に基づいて今後の課題を取りまとめるための検討会などを設置してきました。そして、この検討会の提言に基づいて法改正などを行ってきました。しかし、このような方式では、日本の精神科医療の国際化は何年かかっても達成は難しいといえましょう。中長期の目標を踏まえた上での当面の改革というようにはなっていないからです。



4 どうしたら強制入院や行動制限をなくしていけるのか
4-8 ロードマップ

・ 当事者主権のもとに、短期、中期、長期の目標とそこに至るロードマップを策定し、その実施状況を監視し、国及び自治体に督促などとする、そして、各問題についての専門部会も抱えた会議体が早急に設置されなければなりません。

