

1 入院制度をめぐる問題点

①任意入院制度

新しく導入された任意入院制度は、任意入院患者が全入院患者に対して占める割合を年々増加させており、厚生省の資料によると、1990年においては、約53%をしめるに至っている。これを昭和58年における自由入院の割合4.9%と比較するとその違いは極めて顕著である。その一方で、入院患者が処遇されている病棟については24時間閉鎖された病棟である場合が少なくない。これでは「できる限り開放的な環境で処遇する」との理念と現実は大きくかけ離れていると言わざるを得ない。

②退院問題

すでに改正前に行われた調査によっても、精神病院に入院中の患者（当時30万人）の約50%は、退院後の生活条件などが整備されれば通院可能とされていたが、法改正後も、精神病床は一方的に増加し続け、現在35万床になろうとしている。これは社会復帰の施策とその実施のための人的・物質的条件整備が遅々として進まないためであることは明らかである。我々の実務の上でも、治療上の必要とういよりも、むしろ退院後の条件が整っていないために退院出来ないケースの相談を受けることが大部分であり、精神病院は病院としてよりも、生活の場を提供しているにすぎない場合（それも劣悪な）が多いのである。精神病床を減少させ、患者を退院させるためには、色々な種類の、退院に向けてのサービスの提供が必要であろう。

2 精神審査会とその運用

法によって新しく導入された精神医療審査会は、その立法の趣旨からすると、入院そのものを決定する都道府県知事や病院管理者から一定程度独立した合議体により、患者などからの退院請求や処遇上の不服申し立てを審査し、また、入院決定の適正さや、一定期間経過後の患者の症状の定期報告書の審査を中立公正に行いたいとするものであった。しかしながら、まず患者からの退院請求や処遇上の不服申し立てが少なく、特に処遇上の

不服申し立ては極端に少ないのである。ちなみに厚生省の統計によると、平成2年における全国の退院請求は795件、処遇改善請求は64件にすぎない。不服申し立てがこの様に少ないのは、まず精神医療審査会制度が有効かつ効果的な、独立公正な機関として患者などに信用されていないためではないだろうか。

確かに申し立ては、直接精神医療審査会あてに提出するのではなく、各都道府県知事あてに出すのであり、不服申し立てをする側からすると、審査会は行政の一部に見えることは間違いないだろう。又、退院請求や不服申し立てをしても、必ずしも審査委員が事情聴取に来るとは限らず、知事の派遣する医師が来たり、全く来なかったりすることもある。さらに審査会の手続きにおいても、当事者として扱ってもらえず、特に病院側の提出した反論書やその内容も告知されず、具体的に反論する機会も与えられていない。この点は、患者に代理人として弁護士がついている場合であっても同様の様である。また、審査結果についても、患者などの申し立てを退ける場合には、ごく簡単なきまり文句を書いた書面が都道府県知事から送られてくるだけで、具体的理由は一切書かれていない。

このようなことでは、審査会が知事から独立した機関であり、自分達の不服申し立てを納得いく方法で審査してくれるとの信頼を患者からえることは困難ではないだろうか。いずれにしても現在のところ、精神医療審査会は法改正に際して期待された役割を、十分に果たしているとはとてもいえない現状である。

3 精神障害者の保護と国際的動向

精神衛生法から精神保健法に改正するにあたっては、国内の動きだけではなく、国連人権小委員会での政府の発言、それを引き出した国際人権団体も調査とそれに基づく勧告や、精神医療と患者の人権をめぐる国際会議なども大きな影響を与えた。現在国連では、「精神障害者の保護及び精神保健改善のための原則」（案）を今年の総会で検討することにしており、早ければ今年の総会で可決されるのではないかとされている。

この原則案はすでに10年近く前から準備されてきたもので、ようやく最終段階に入ったものである。この原則案の中で最も重要なものの一つは、精神障害で入院させられた患者にたいしても、病院で行われる治療に

関していわゆるインフォームド・コンセントの権利を正面から認めていることである。精神保健法は、病院内で医療面以外の処遇については、前述の通り病院管理者の権限に制限を加えたり、患者に絶対的自由を認めたりしているが、隔離などを除き医師等の治療行為そのものに対しては、たとえばそれが強制入院患者に対するものであっても何らの規制もしていない。これに対して、国連総会に提出される原則案では、投薬を含めた治療について詳細な説明をした上での患者の同意を原則としており、またその様な同意を与える能力を欠く患者の場合について、それに代替する独立機関の同意手続きについて具体的な規定を置いている。この他にも今後日本の法制度に大きな影響を与えそうな規定があるため、この原則がこのままの形で採択されるかどうか、その展開が注目される。（別紙 表 ）

4 法の再検討と課題

まず、前回改正の際検討課題として残された精神障害者の定義（第3条）の問題がある。これについては、WHOの新しい基準を検討中ということから、その影響はまぬがれないであろう。しかし、その他にも、精神病質、てんかんなどを精神障害にいれて精神保健法で対処していくべきかどうかなどの根本的な問題がある。

次に、保護義務者制度の存廃の問題もある。この問題は精神保健法のみではなく、民法その他にも影響を与える大きな問題である。新法によって新たに導入された精神医療審査会については、その実績を検討し、どの様に改革したら入院患者にも信頼され、かつ実効的な権利救済機関たりうるか、実務上の面からも、また法制度、特に国際条約であって日本もすでに批准し遵守義務のある「市民的・政治的権利に関する国際条約」その他の条約、さらに被拘禁者の権利保障に関する種々の国連総会決議、特に「精神障害者の保護及び精神保健の改善のための原則」が今年の国連総会で採択された場合には、それに基づく再検討を迫られることになるだろう。特に、審査会の独立性及び審査手続きにおいて、基本的司法手続きの導入が要求されるであろう。さらに前回見送られた未成年者の入院問題、特に親権に基づく入院形式－医療保護及び一般入院－は自由入院の様ではあるが、事実上の強制入院、これを何才の子供にまで認めるのか、どのような手続きの保護を与えるのかは、近く日本も批准が予想される「国連子供の権利条

約」との関連でも問題となる。さらに厚生省は、現在精神症状や問題行動のある痴呆性老人を精神病院に特別病棟を作り、そこで長期治療を行う方針を持っているが、この様な人々に対する保護措置についても、従前の不服申し立てを主とするものでよいのか、検討しなければならない。

5 「処遇困難者」問題について

厚生省の構想では、法改正の必要の無い範囲で、国公立病院に一定数の病床を持つ特別病棟を作り、そこに特別手厚く人と予算をつけ、長期保護室収容者などを対象として一定期間の治療を実施するとのことの様である。しかし、このような病棟に入れられた患者は、その後の社会復帰に大きなスティグマを受けることは不可避であろう。この点に関して、患者側に少なくとも十分な不服申し立てなどの手段を保障する必要がある、法改正なしに実施可能かどうか疑問が残らざるを得ない。

<資料> 別表 国連原則（案）の主たる内容

1	治療及びケアの基準	すべての患者（精神障害の）は他の病気と同一基準によるケア及び治療を受ける権利を有す。 (原則 6)
2	治療	すべての患者は最も制限の少ない規則で、最も制限の少ない治療によって処遇される権利を有し、個別的治療計画に基づいて治療とケアが提供される。 (原則 9)
3	治療への同意	治療は患者のインフォームドコンセント無しには与えられないことを原則とする。但し、インフォームドコンセントを与える能力を欠くなどの場合、提案された治療プランが当患者の最善の利益であると独立の専門家が判断した場合は例外 (原則 11)
4	身体的拘束、非自発的隔離の制限	患者自身および他者への切迫した害を防ぐ唯一の手段である場合を除き行われない (原則 11)
5	臨床試験及び実験的治療の制限	その能力のない患者につき、独立審査機関が承認した場合を除き、インフォームドコンセント無しには行われない (原則 11)
6	権利告知	患者の諸権利およびその行使の仕方について、患者の理解できる形式と言語で告知される (原則 12)
7	自発入院原則	非自発的な入院を避けるために、あらゆる努力が払われる (原則 15)
8	非自発的入院の要件	①自己又は他者へ差し迫った危害の重大な可能性がある場合 ②判断能力の欠如している患者で、重大な悪化を招くか、入院によってのみ実施しうる治療が妨げられ場合（セカンドオピニオンが必要） (原則 15)
9	退院請求と審査	非自発的入院患者は合理的間隔において、司法又は他の独立公正な機関に対して退院請求ができる (原則 17)
10	手続的権利	・患者は弁護士を代理人選任する権利を有する ・患者および代理人は原則として、審査機関に提出された患者の記録、報告及び文書コピーが提供される ・患者及びその代理人は原則として聴聞に参加し、面接聴聞される ・聴聞を経た決定およびその理由は原則として書面で患者及びその代理人に提供される (原則 18)