

医療保護入院に関する一考察

田 中 康 代

はじめに

現在、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）では、精神科病院での入院治療に関して、任意入院、医療保護入院、措置入院、緊急措置入院、応急入院の5形態が規定されている。1984年に発覚し、世界的なスキャンダルとなった宇都宮病院事件を契機として現在の形態になったのは周知の事実である。精神病患者が自らの意思で入院を選ぶ自発的な入院に関して当時の精神衛生法には規定がなく、患者の保護者の同意による同意入院と自傷他害の危険のために都道府県知事の権限による措置入院が規定されていただけであった。患者本人が自らの意思で入院を選んだとしても、それは法律の枠外のものであり、厚生省は念のため、同意入院の形態をとるように勧めていたという⁽¹⁾。患者本人が自発的に入院する形態である任意入院は、精神衛生法から改正された精神保健法で1987年に初めて法制化された。筆者は精神科医療であっても、一般の医療と変わらず、自発的な入院を行うのが当然であり、精神保健福祉法にわざわざ任意入院の規定をおくことはその役割を終えるべきではないかと考えている⁽²⁾。

(1) 大谷實「新版精神保健福祉法講義 [第3版]」(成文堂・2017年) 71頁。

論 説

しかし、一般の医療とは異なり、精神科医療は患者本人に病識がない、意思能力・社会適応能力が充分でないといったことのために、自らに利益となる医療を主体的に受け入れる能力がない場合があり、患者本人の利益保護のために意思に反しても医療を加える必要があることや、権利を自分では守ることができない場合に、権利確保のために自己以外の者による保護が必要であることのために、患者の同意によらない強制医療が認められ、保護の概念も必要となるとされる⁽³⁾。したがって、医療保護入院や措置入院等の非自発的な入院は必要不可欠なものとされている。しかし、2014年における医療保護入院患者は131,924人であり、これは同年の任意入院患者155,122人の約85%に当たる。任意入院については実質的には強制的な入院形態になりかねないとの指摘もなされているが⁽⁴⁾、その指摘も考慮すると、この数字は多すぎるように思われる⁽⁵⁾。同年の措置入院者が1,503人であるが、これも含めて、精神科病院の入院患者の半数近くが自らの意思に反した入院の対象者ということになる。

医療保護入院は様々な問題をはらんでいると思われる。そこで、本稿では、医療保護入院制度について問題をいくつか指摘し、国際人権法の観点から若干の考察を行いたい。

第1章 医療保護入院の歴史

医療保護入院とは、家族等の同意を要件として行われる非自発的入院である（精神保健福祉法33条）。精神保健指定医1名の診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のための入院が必要であると認めら

(2) 拙稿「精神保健福祉法上の入院形態と国際人権法」齊藤豊治先生古希祝賀論文集『刑事法理論の探求と発見』（成文堂・2012年）477、478頁。

(3) 大谷前掲注（1）42、43頁。

(4) 第1回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会資料2「最近の精神保健医療福祉施策の動向について」平成30年12月18日3頁。

(5) 高柳功「任意入院の要件」臨床精神医学31巻12号（2002年）1455頁。

医療保護入院に関する一考察

れた者で、医療保護の必要性を十分に説明し、同意を求めても、本人が入院の必要性を適切に判断できない状態にある場合で、家族等の同意があるときは、本人の同意なしでも精神科病院の管理者はその者を入院させることができる。なお、精神保健指定医は医療保護入院患者の入院継続が必要かについても診察を行う。

医療保護入院は1950年に制定された精神衛生法の保護義務者の同意に基づく同意入院に由来する。精神病患者に関する法的介入は明治に入ってから始まり、その第一歩は1872年の戸籍法が認めた私宅監置⁽⁶⁾であった。そして1900年に精神病患者監護法が制定され、後の保護者制度の源流である監護義務者を定め、監護の権限を与え、行政庁の許可を得ての私宅監置⁽⁷⁾や入院を行われた。続いて、1919年精神病院法が制定され、地方長官が入院の必要を認める者を精神病院に入院させることができるとの規定が設けられた⁽⁸⁾。しかし、私宅監置に関しては、精神病患者監護法がそのまま存続していた⁽⁹⁾。精神病患者監護法が廃止され、私宅監置の制度がなくなったのは精神衛生法成立後である⁽¹⁰⁾。精神衛生法では保護義務者制度が設けられ、保護義務者の同意による同意入院の制度が設けられた⁽¹¹⁾。現在では、高度な能力・資質を備えている精神科医の中から厚生労働大臣が指定する精神指定医が入院に先立つ診察を行うことになっているが、精神衛生法の下での同意入院の場合は入院判断のための診察を行う医師は精神科の医師であることさえ要求されていなかった⁽¹²⁾。これは「医療的判断に手

(6) 岡村美保子「医療保護入院制度—その変遷と今後—」レファレンス798号(2017年) 4頁。

(7) 同上。大谷・前掲注(1) 17頁。

(8) 岡村・前掲注(6) 5頁。

(9) 大谷・前掲注(1) 19頁。

(10) 大谷・前掲注(1) 21頁。

(11) 岡村・前掲注(6) 6頁。

(12) 丸山雅夫「わが国の精神医療における医療保護入院」社会と倫理35号(2020

論 説

統的な厳格さが規定されなかったのも、同意入院が後見的なものとして(ママ)運用されるとの信頼が存在したからにほかならない⁽¹³⁾とされている。しかし、同意入院は社会的入院と不祥事の温床であったと指摘されている⁽¹⁴⁾。あたかも患者本人が入院に同意しているかのようなこの同意入院制度という名称が医療保護入院に改称されたのは、1987年に精神衛生法が改正され、精神保健法が制定されてからである。精神衛生法の改正は宇都宮病院事件で日本の精神医療の在り方が国際的に批判を受けたためである⁽¹⁵⁾。この改正で入院患者の処遇を監督する機関として精神医療審査会が設けられた。人権侵害を伴いやすい精神科病院での入院患者の審査や救済のための機関が初めて設けられたのである。その後、精神保健法は1993年に改正され、保護義務者は保護者に名称変更された。『保護者制度』とは、精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任にあたらせるために設けられた制度⁽¹⁶⁾とされる。地域医療中心の医療保護体制の確立と患者の人権保障の強化を目指して精神保健法は制定されたが、精神障害者の社会復帰という理念の一層の充実を図るために1995年に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に改称された。精神保健福祉法はその後、2021年末現在までに数回の改正を経ている。その内、医療保護入院に関するものとしては、保護者制度を廃止した2013年改正がある。この改正は障害者権利条約批准に向けた障害者関連法規の大改正に伴うものの1つであり、保護者制度の廃止、医療保護入院の同意者を保護者から配偶者・親権者・扶養義務者・後見人又は保佐人・市町村長という「家族等」に変更

年) 155頁。

(13) 同157頁。

(14) 大谷・前掲注(1) 93頁。

(15) この経緯については大谷・前掲注(1) 26, 27頁。

(16) 福生泰久「医療保護入院の今後」精神神経学雑誌116巻4号(2014年) 291頁。

医療保護入院に関する一考察

し、退院で地域生活への移行を促進するための措置を新設し、退院等の請求者を保護者から家族等に変更した⁽¹⁷⁾。附則 8 条で、施行後 3 年をめぐりに医療保護入院を含む検討を行うこととされた⁽¹⁸⁾。保護者制度は長らく問題のある制度とされてきたが、厚生労働省が設けた「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」の取りまとめに際して、①病識のない患者を本人の同意なしに入院させるにあたり、患者の身近に寄り添う家族等に十分な説明が行われたうえで、家族等が同意する手続を法律上明記するべきではないか、②自由剥奪になる入院を精神保健指定医 1 名の診断のみで行う仕組みは患者の権利擁護の観点からみて適切か、③措置入院に比べ、自傷他害の恐れがなく、より症状が軽い医療保護入院の場合に指定医 1 名の診断で入院させることが適切かということを経合的に考慮した結果、保護者の同意要件を外し、家族等のうちいずれかの者の同意を要件とすることにされた⁽¹⁹⁾。その際、保護者制度の問題点として、本人との間に軋轢が生まれやすく保護者に負担であること、保護者の同意がないと退院できず入院が長期化すること、入院の必要があっても保護者の同意がなければ入院できないことの 3 点があげられた⁽²⁰⁾。

(17) 岡村「わが国の障害者施策—障害者権利条約批准のための国内法整備を中心に—」レファレンス777号(2015年)52頁。塩満卓「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号(2017年)74頁。その際、精神保健福祉法で問題となった点については篠原由利子「医療保護入院における権利擁護と代弁者制度—わが国における非自発的入院制度のゆくえ—」佛教大学社会福祉学部論集13号(2017年)2、3頁参照。

(18) 岡村・注(17)53頁。

(19) 江副聡「精神保健福祉法改正について」日本精神科病院協会雑誌32巻12号(2013年)8、9頁、福生・前掲注(16)292頁。

(20) 吉岡隆一「保護者制度廃止後の非自発的入院制度の展望」精神神経学雑誌116巻4号(2014年)309頁。

第2章 医療保護入院の問題

医療保護入院の現状はどのようなものであろうか。医療保護入院の患者数は年々増加している。既に述べたように、精神科病院での入院者の半数をやや下回る程度の割合と言えようか。資料によると1991年から1999年にかけては任意入院患者の数が年々増加するにつれ、医療保護入院患者数は減少していたが、2000年以降、任意入院患者が減少していき、⁽²¹⁾医療保護入院患者が増加している。入院期間も2014年の時点では、1年未満の入院者数48,867人、1年以上5年未満の入院者数が41,500人、5年以上10年未満の入院者数が17,986人、10年以上20年未満の入院者数12,924人、20年以上の入院者数が10,772人であり、⁽²²⁾それぞれが37%、31%、13%、9.7%、8%を占めている。1年以上の入院生活を送っている患者が6割を超えていることになる。社会で過ごしていた時間よりも精神科病院に入院している期間の方が長いという患者もかなりの数になると思われる。このような入院期間の長期化も問題である。この入院の多さ、長期化については保護者制度を廃止することで解消されようと考えられたようである。法改正によって家族等の全員に退院請求を行うことが認められるようになった。しかし医療保護入院で入院の必要性和継続医療の必要性を伝えるのは医療者側の責任であって保護者の責任ではない、入院中の権利保障の充分性・入院医療の水準の適正な保障・地域での医療が可能かという実体が本人の非自発的入院に対する抵抗感を大きく規定しているので保護者制度の問題でない、保護者が退院に消極的になる理由は十分な地域支援がないことであって保護者に依存しない地域支援

(21) 第7回これからの精神保健福祉のあり方に関する検討会資料2-2「医療保護入院制度に関する参考資料」7頁。ただし、2014年はわずかながら任意入院患者が増加し、医療保護入院者が減少している。

(22) 同10頁。

医療保護入院に関する一考察

の必要性があることが示されているのは保護者制度の問題でない、入院に保護者の同意が得られないということは当事者の家族の高齢化・当事者自身が単身生活している場合に起きやすく、公的責任と実際上の施策が求められているのにそれがないのが問題であって保護者制度の問題でないとして保護者制度を廃止しても問題は残ると指摘される。⁽²³⁾ また、精神障害者を観護・扶養している家族は、精神障害者の他害行為について、常に損害賠償を免れることになったわけではないので、「入院させておけば安心」という形で同居家族が医療保護入院に同意することは容易に想像され、このような状況は、退院の積極的な請求がありうることも、⁽²⁴⁾ ただちに改善されるとは思われないと指摘されている。

保護者に変わり家族等の同意が医療保護入院の要件の1つとなった。前述のように保護者のみに様々な負担を負わされていたことや患者との関係から保護者が患者本人の利益を保護するとは限らず、様々な葛藤・軋轢が生じる場合がある、制度創設時との社会環境の変化に対応していない等の理由から保護者制度の廃止は妥当であったように思われるとされる。⁽²⁵⁾ 従来⁽²⁵⁾の保護者には治療を受けさせ、財産上の利益を保護する義務や医師の治療に協力する義務、措置入院解除後の患者を引き取る義務等の様々な負担が課せられていたわけであるが、その選任には家庭裁判所が関与していた。現行法での「家族等」は従来⁽²⁶⁾の義務はなくなったといえるが、家族等の範囲は保護者に選任されていた者の範囲とは変わらない。「保護者」が「家族等」に変わっただけで精神障害者の入院にあたっての家族の負担は減らないと指摘されている。⁽²⁶⁾ 「保護者」を「家族等の同

(23) 吉岡・前掲注 (20) 309、310頁。

(24) 丸山・前掲注 (12) 162頁。

(25) 山本輝之「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85号 (2017年) 190、191頁。

(26) 町野朔「『家族等』と医療保護入院」司法精神医学9巻1号 (2014年) 56、57頁。

論 説

意」に変えて残すのであるから、保護者制度の問題として挙げられたものは「家族等の同意の問題」として同様に残るといふ批判は当然であるといふ指摘もある。⁽²⁷⁾ 家族等は家庭裁判所が選定に関与せず、優先順位もない。家族等のうちのいずれかの同意でよいとされているので、従前よりも医療保護入院が安易に認められるのではないかといふ危惧を抱く。精神保健福祉法は33条2項で対象者との訴訟関与者を家族等から除くことで明白な利益対立者を排除しているとはいえ、当該精神障害者に対して何らかの悪感情等を有する者からの同意が濫用される危険性もあると思われる。そして家族等の同意の要件を充足させる方法が杜撰であるといふ指摘もある。⁽²⁸⁾ また、医療保護入院は精神保健指定医1名による診察で対象者が精神障害者であり、かつ医療及び保護のための入院が必要だと認められることを要求する。精神保健指定医に診察をさせるのは精神科病院の管理者であり、診察が必要であるため、対象者は精神科病院に来ていることが必要であるが、病識がない人物が精神科病院に自発的に来るものとは思われれない。そのような事態に対応するために精神保健福祉法は34条で移送制度を設けている。しかし、移送制度は有効に機能しているとはいいがたい状況であるといふ。⁽²⁹⁾ したがって、そこには家族等の策略めいた部分も含めた努力によって精神科病院へ連れてこられた対象者候補がいることになる。このようなことを考えると、やはり、従来の保護者と医療保護入院患者との間に生じていたかもしれない軋轢が家族等との間にも生じることになる。精神保健指定医1名による診察と入院の必要性の判断といふ要件については、医療及び保護のための入院の必要性といふ曖昧な要件が中核になっているため、現場の運用も様々

(27) 吉岡・前掲注(20) 310頁。

(28) 姜文江「精神科病院における入院と処遇」法学セミナー 781号(2020年) 27頁。

(29) 大谷・前掲注(1) 109頁。

で、極端に言えば通院や往診で支えられないと判断されれば容易に入院させることが可能だとの指摘がある⁽³⁰⁾。入院を拒否しただけで要件を満たすといわれたこともあるともされている⁽³¹⁾。プロフェッショナルとしての各精神保健指定医の技量と矜持が問題となるのだろう。それとともに、精神保健指定医が中立の立場であるかも問題になるのではないかと思われる。精神科病院の管理者は恐らくはその病院に所属する、もしくは知人なり、その紹介を受けた精神保健指定医に診察を行わせることになると思われる。専門家である精神保健指定医であれば、客観的に診断を行うことが可能であろうし、そうでなければならないのだが、特に私立病院では、入院患者の確保に向けた力学がそこに働くかもしれないし、管理者への忖度が働くかもしれない。検査の数値で客観化できる一般医療と異なる精神科医療ゆえの困難さを感じる。措置入院は、自傷他害の恐れという必ずしも明確な基準があるものではない要件で強制入院させるのだから、その判断は慎重でなければならないが、2名の指定医の一致した判断を要求しているものと考えられるが、医療保護入院は医療と保護の必要性を要件として入院させるものであるから、1名の指定医の判断で入院決定できるとしても、不合理ではないと思われる⁽³²⁾のかもしれないが、精神保健指定医は1名でよいということになると、セカンド・オピニオンを得ることができないことになる。また、複数の精神保健指定医を関与させることになっても、彼らがどのような立場にあるかによって、同様の懸念が生じる。いずれにせよ、入院が予定される病院とは無関係の中立的な精神保健指定医による診察が必要であると思われる。

精神障害者の入院の要否と処遇の適否に関する審査を行うために都道府県と政令指定都市には精神医療審査会が設置されている。医療保護入

(30) 姜・前掲注(27)。

(31) 同上。

(32) 山本・前掲注(25) 198、199頁。

論 説

院の届出があれば都道府県知事は精神医療審査会に対して入院の継続の要否について審査を求める。また、退院請求等があった場合にその審査を行うのも精神医療審査会である。そして医療保護入院に関しては、1年ごとの定期病状報告の審査を行うのも精神医療審査会である。しかし、医療保護入院が行われた場合の報告はかならずしも入院直後に行われるのではなく、その10日以内に都道府県知事・政令指定都市の市長に届け出、そこから精神医療審査会の審査が行われることになる。精神医療審査会の構成員はそれぞれ本来の職業を有する人々であるから、常時、審査を行うことは不可能である。それも相まって、このような規定では、対象者が入院治療の必要がない状態であった場合には、10日以上必要のない入院を甘受させられることになる。統計では2014年度の精神医療審査会の審査で請求受理から審査結果通知までの日数は32.5日となっている⁽³³⁾。これは入院時の審査だけでなく、退院請求の審査も含めたものと思われるが、この期間はやはり長すぎると思われる。その理由の1つは病院による医療保護入院届の遅滞があり、それに審査会の開催の遅れが重なっているためだとされる⁽³⁴⁾。また、退院請求についての審査結果は2008年から2015年にかけて入院又は処遇は適当とする判断は、毎年200件をわずかに超える数が行われているが、それぞれ請求の94.8%、97.0%、96.5%、96.8%、95.8%、94.9%、95.7%、95.6%という数字になっており、退院請求が認められることは非常に少ない⁽³⁵⁾。

第3章 国際人権法からみた若干の考察

さて、本章では日本の現行制度が国際人権法の要求を満たしているか

(33) 前掲注(21) 38頁。

(34) 篠原「精神医療審査会の機能と限界」佛教大学社会福祉学部論集15号(2019年) 47頁。

(35) 前掲注(21) 40頁。

を検討していきたい。本稿では日本が批准しており、したがって、国内法である市民的政治的権利に関する国際規約（以下、自由権規約）とその解釈適用に当たり参考とすることができる人権及び基本的自由の保護のための条約（以下、ヨーロッパ人権条約）を取り扱う。

自由権規約は9条1項で身体の自由及び安全の権利を規定し、法律で定める理由と手続によらなければ自由は奪われずとしている。そして4項で自由を奪われたものには、裁判所がその抑留を合法的であるかどうかを遅滞なく決定し、その抑留が合法的でない場合には裁判所が釈放を命ずる手続をとる権利を規定している。医療保護入院は非自発的な入院であるので、自由剥奪であり、9条1項との整合性が問題となる。医療保護入院は精神保健福祉法に規定があり、そこには、前述のように問題が多数存在するとはいえ、入院を認めるための要件が規定され、それに基づいて行われる。この点では9条1項の要求を満たしているように見える。しかし、「法律で定める理由及び手続」という要件を充足しているとみえても、法律の内容および運用が公正さを欠くものであってはならず、この点で日本の現状は問題があることは2章で述べた通りである。自由権規約9条の解釈にはヨーロッパ人権裁判所による、ヨーロッパ人権条約の解釈が参考となる。自由権規約とは異なり、ヨーロッパ人権条約は5条1項⁽³⁷⁾で法律に基づいた手続に従うことで自由剥奪が認められる

(36) 本条の自由剥奪には精神医療施設における拘禁も含まれる。宮崎繁樹編著「解説国際人権規約」（日本評論社・1996年）154頁。

(37) 「すべての者は、身体の自由及び安全についての権利を有する。何人も、次の場合において、かつ、法律で定める手続に基づく場合を除くほか、その自由を奪われず。……(e)伝染病の蔓延を防止するための人の合法的な抑留並びに精神異常者、アルコール中毒者若しくは麻薬中毒者又は浮浪者の合法的な抑留……」松井芳郎・薬師寺公男・坂本茂樹・小畑郁・徳川信治編「国際人権条約・宣言集 [第3版]」（東信堂・2005年）。以下のヨーロッパ人権条約の規定は本書の訳による。

人々の類型を明記しており、その(e)に「精神異常者 ⁽³⁸⁾unsound mind」を挙げている。この類型のリーディング・ケースは Winterwerp ⁽³⁹⁾事件である。Winterwerp 事件では法の支配に服する民主主義社会では恣意的な拘禁は合法的なものとは見られないと述べられている。医療保護入院の現在の運用は恣意的なものではないといいきることはできない。Gajcsi v. Hungary ⁽⁴⁰⁾事件では、申立人は病院の精神科に救急車で搬送され、病院が翌日にこの事実を区裁判所に知らせ、その後、医療施設での強制治療が裁判所によって命じられた。強制治療の継続は審査され、3度目の審査では申立人の入院と治療の延長は病的な精神状態のために正当化されるか否かに関して見解を示すように地区裁判所が述べて精神科医療の専門家が任命された。専門家は治療継続の必要を確認し、強制治療の延長が命じられた。申立人の弁護士は理由が不充分だとして地方裁判所に控訴したが、地方裁判所は地区裁判所の決定を支持した。弁護士は最高裁に審査のための請願を提起した。理由が不充分だということの他に、患者に任意でない精神科の治療のための理由を告げないのは人権条約上の権利侵害に帰結すると主張したが、最高裁は請願を斥けた。申立人は請願の提起前に退院し、人権裁判所判決時にはソーシャル・ホームに居住していた。申立人は非自発的な精神科治療が正当化されないということ、「法で定める」手続で命じられなかったこと、入院の理由が告知されなかったことについて5条1項違反を申し立てた。人権裁判所は国内裁判所の延長決定の理由付けが国内法にある当該人物の危険性を示すには非

(38) なお、ヨーロッパ人権裁判所は判決の中では条文の引用を除くと、ほとんどこの文言を用いておらず、mental disordersなどの表現を用いている。

(39) Eur. Court H.R. Winterwerp case, judgment of 24 October 1979, Series A no.33. 本件の詳細については拙稿「触法精神障害者の強制入院等に関するヨーロッパ人権裁判所の判例(1)」社会科学論集96号(2009年)28~31頁。本件はこの他にも多くの文献で取り上げられている。

(40) Gajcsi v. Hungary, no.34503/03

常に表面的で不十分であり、5条1項の意味における法律で定める要求を充足するには不十分であったと判断した。専門家の見解が表面的で、申立人の潜在的な危険性が実際に治療の延長に値するものであったかを評価する立場に政府はなく、国内法は人権条約の要求を十分に調和する方法で適用していないことを政府も認めている。関連する国内法で強制入院と治療の正当化のために危険性は不可欠と強調しているが、国内裁判所は潜在的な危険な行為の評価を避けている。このような状況下では、申立人の強制的な治療の延長は法律で定められていないと人権裁判所は考え、5条1項違反があったと認定している。この判例からは精神保健指定医による診断が通り一遍のものではないということが導き出されよう。

次に医療保護入院患者は自由を奪われた者であるが、その自由剥奪が合法的であるかを決定し、合法的でない場合にその釈放を命じる裁判所の存在が問題になる。精神保健福祉法で医療保護入院患者の入院の可否を判断し、退院請求を審査するのは既に述べたように精神医療審査会である。精神医療審査会が審査する書類には患者自らの意見を記入する欄もなく、精神医療審査会が必要と認めれば行うことができる現地意見聴取等⁽⁴¹⁾は実際に行われた例については統計もなく、人身の自由に対する制約を審査する court⁽⁴²⁾としてはあまりに頼りないと指摘される⁽⁴³⁾。そして自由権規約9条4項にいう裁判所として認められるに値する存在でないことを日本精神神経学会も指摘しているという。9条4項の裁判所とはいかなる存在であるかについてもヨーロッパ人権条約の判例は参考になる⁽⁴⁴⁾。ヨーロッパ人権条約は5条4項で自由剥奪の司法審査についての規定を

(41) 姜・前掲注(27)29頁。

(42) 篠原・前掲注(34)52頁。

(43) 宮崎・前掲注(36)157頁。

(44) 「逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、裁判所がその抑留が合法的で

論 説

設けている。Winterwerp 事件では民事手続もしくは刑事手続において 6 条 1 項⁽⁴⁵⁾で要求されるものと同一の保障が常に伴われる必要はないとしている。しかし、同じくリーディング・ケースである X v. the United Kingdom 事件⁽⁴⁶⁾で、古典的な種類の裁判所を意味するものとは理解されないが、行政及び事件当事者から独立して司法手続上の保障を提示する組織を意味すると述べている。これらの判例を参考にすると、精神医療審査会は行政から独立した機関といえるかは別にしても、書面審査が中心で現地意見聴取は精神医療審査会が必要と認めた場合にしか行われず、その数も明らかではないという審査方法は、司法手続には不可欠の当事者の聴聞や代理人による代理が行われていないという点で明らかに司法手続上の保障を提示する組織とはいえず、自由権規約 9 条 4 項の要求を満たしていないと思われる。

なお、ヨーロッパ人権裁判所は自発的入院の途中から強制入院に変更され、その事実を 10 日後に間接的に知らされたという van der Leer 事件⁽⁴⁷⁾で 5 条 2 項⁽⁴⁸⁾は 5 条の趣旨及び目的に従って自律的に解釈されるべきであ

あるかどうかを迅速に決定するように及び、その抑留が合法的でない場合には、その釈放を命ずるように手続をとる権利を有する。」

(45) 「すべての者は、その民事上の権利及び義務の決定又は刑事上の罪の決定のため、法律で設置された、独立の、かつ公平な裁判所による妥当な期間内の公正な公開審理を受ける権利を有する。判決は、公開で言い渡される。ただし、報道機関及び公衆に対しては、民主的社會における道徳、公の秩序若しくは国の安全のため、また、少年の利益若しくは当事者の私生活の保護のため必要な場合において又はその公開が司法の利益を害することとなる特別な状況において裁判所が真に必要であると認める限度で、裁判の全部又は一部を公開しないことができる。」

(46) Eur. Court H.R. X v. the United Kingdom case, judgment 6 November 1981, Series A no.46. 本件の詳細については、拙稿・前掲注 (37) 31、32頁。

(47) Eur. Court H.R., van der Leer judgment of 21 February 1990, Series A no.170. 本件の詳細については拙稿「精神障害者の非任意的入院に関するヨーロッパ人権裁判所の判例」社会科学論集99号 (2011年) 76～79頁。

(48) 「逮捕される者は、速やかに、自己の理解する原語で、逮捕の理由及び自己に (甲南法学'22) 62-1・2・3・4-112 (112)

るとして刑事事件に適用が限られるものではないとして精神科病院での非自発的入院にも適用可能であると判断して、入院命令を知った時期・方法は2項の要求に合致せず、違反していると認定した。この判例を参考にすると、医療保護入院や措置入院には自由権規約9条2項の適用を考える余地があるかもしれない。

おわりに

以上、不十分なものであるが、医療保護入院の歴史、問題点、国際人権法の観点からの評価を述べてきた。

たしかに、精神障害者には病識のない人々も多くいる。そして、医学の見地から、何らかの医療を受ければ病状が改善すると考えられる場合がある。現在の精神科医療は精神療法も行われているが、薬物療法が中心となっている。自分が精神疾患に罹患しているという認識を持たない人々は処方された薬剤を服用しない可能性も高いし、病識のある者であっても、依存症になってしまうことを恐れて薬剤を忌避することもありうる。また、病態によっては、自傷他害とまではいかずとも、自らや周囲の人々に何らかの深刻なダメージを及ぼす者もいるであろう。服薬アルゴリズムを獲得するきっかけとして、あるいはクールダウンするための場所として精神科病院への入院が必要になる場合はあるかと思われる。それゆえ、全ての非自発的な入院を否定することはできない。では、現在の医療保護入院は適切な状態で運営されているのだろうか。残念ながら、否と答えるしかない。入院時の精神保健指定医の診断をはじめとする入院時の要件、入退院などの評価を行う精神医療審査会の活動内容は十分に満足のいくものとはいえず、不安を覚えるようなものである。これには精神障害者を特異な存在と考えている国民感覚にも問題があるのかもしれない。他人事と考えずに、精神障害者との共生を図る方向に国

対する被疑事実を告げられる。」

論 説

民感情が動き、精神科医療の在り方を監視するような状態になることも必要であろう。精神科医療は専門家任せというのでは現状の改善は望めない。

筆者も本稿を手始めに医療保護入院の改善のための考察を深めていきたい。