

かである。

前記の国連原則が示しているように、資力の乏しい者(精神病院の非自発的入院患者のほとんどはこれに該当する)に対する無償の弁護士選任権は、自己の意思によらずに身体的拘束を受けている者にとっての不可欠の権利である以上、これに必要な財源は当然に公的資金によってまかなわれなければならない。

これについては、刑事手続における国選弁護士人類似の制度を確立すべきものと考えられるし、弁護士会が行ってきた捜査段階における刑事当番弁護士制度に対する公的制度化が現実の問題として検討されていることも参考にされてよい。

仮にその早期の実現が難しいとすれば、当面、1998(平成10)年度から各都道府県で実施されることになった「障害者110番」の施策の中に、単発的な相談活動だけではなく、その後の審査請求代理人活動をも位置づけるという方策が具体的に検討されるべきものと思われる。

② 弁護士の意識改革と活動指針の提供

相談担当弁護士の確保の困難性の問題として、適正な報酬のための財源確保の取組と並行して、少なからぬ弁護士が抱えている新たな分野の活動を担うことへの不安を除去するための具体的方策が立てられなければならない。

これについては、現に本制度を実施している弁護士会が行っているように、それぞれの弁護士会での研修等を重ねることは最低限必要であろう。

さらに、既実施の弁護士会を中心にした協議組織を確立し、その中で、事例検討をしたり、統一的な活動マニュアルを策定して、これを全国の弁護士会に還元するといった方策が有益であろう。

③ 環境調整のためのネットワークの構築

患者の社会復帰のために必要な家族との調整や福祉関係行政機関等との連携などといった環境調整を弁護士の手で行うことの難しさの問題もある。

これについては、精神障害者の家族等が強いられる困難な状況や患者の社会復帰のための中間施設の貧弱さなどの現状から、直ちに解決で

きるものではない。しかし、これまでの精神保健当番弁護士活動を通じて、精神医療機関はもとより、精神科ソーシャルワーカー(PSW)や各都道府県の精神医療福祉センター、保健所、福祉関係行政機関及び各種社会復帰施設、さらには精神医療人権問題に取り組んでいるボランティア組織と精神保健当番弁護士とが密接に連絡を取り合い、相互に協力することのできるようなネットワークが存在していないことによる活動の限界が明らかになっている。

その意味で、このような連携のためのセンターを各地域の中に構築するための具体的方策が採られることは最低限必要かつ有益である。

その核となるべき組織として考えられるのは、今回の法改正によって必須の機関と位置づけられるとともに、2002(平成14)年4月以降は精神医療審査会の事務局も担うこととなって、地域精神医療・福祉の中核としての役割が期待されている各都道府県の精神保健福祉センターが適切である。しかし、同センターがこのようなネットワークの核としての機能を果たすためには、現状の人的スタッフと予算が余りにも貧弱であるといわざるを得ず、早急に抜本的な対策を講ずることが焦眉の急である。

第6. モデル・マニュアルと活動モデルについて

1. 策定の目的

第5に述べたとおり、精神保健当番弁護士制度の全国的展開と既実施の弁護士会における活動の低調さの打開のためには、多くの弁護士が精神障害者の人権保障とその社会復帰のために果たすべき弁護士の役割の必要不可欠性と有用性に対する意識を高めるとともに、未経験の弁護士であっても、十分にこの活動を担うことができるような具体的指針を提示することが何よりも重要である。

そのような観点から、本研究では、福岡県弁護士会及びその他の同制度既実施の弁護士会における活動実績を踏まえて、具体的なケース研究を重ね、その成果として、精神保健法律相談(電話相談・出張相談)・精神医療審査会請求代理人活動の具体的な進め方と留意点をモデル・マニユア

ルとしてとりまとめた(本報告書末尾添付)。

さらに、一般的な活動方法を示すだけでなく、実際に審査会代理人となった場合、審査会手続において具体的にどのような活動を行えるのか、また行うべきであるのかを提示するために、上記のケース研究に基づき、現状の法制度と社会的資源の実情のもとにおいてなし得る活動のモデルを、審査会での審査風景のロールプレイの形にし、上記のモデルマニュアルに加えた。

これらは、精神保健当番弁護士活動のあるべき姿を示して、その活動を深化させることに資するだけでなく、精神医療審査会の審査をより充実したものとする上でも極めて有益な実践的資料となり得るであろう。

なお、このモデル・マニュアル等は、本年6月ころをめぐり、全国の弁護士会に配布する予定である。

2. 内 容

(1) 本研究で策定したモデルマニュアルは、基本的には、福岡県弁護士会が1991(平成3)年12月に精神科医療における精神障害者の人権保障活動のための知識普及を目的として発行し、その後2回の改定を経てきた『精神障害者の人権救済ハンドブック』をたたき台としつつ、その後の同会の精神保健当番弁護士活動の実績及び既実施の他の弁護士会及び日本弁護士連合会の高齢者・障害者の権利に関する委員会の担当者とも検討を重ねて、より分かりやすく充実したものにした。

その内容は本研究報告書の末尾に添付しているとおりであるが、以下にその構成と若干のコメントを記す。

I 精神保健福祉法と弁護士・弁護士会の役割

わが国の精神障害者に対する強制入院の実態を紹介した上で、精神保健福祉法における精神障害者の権利保障の概略と理念及び国連の『精神障害者の保護及び精神保健ケアの改善のための原則』などに示された精神障害者の人権保障に関する国際的水準を明らかにし、弁護士・弁護士会として、精神病

院入院患者の退院・処遇改善等請求に対して十分に対応すべき責務があることを指摘している。

II 精神保健当番弁護士制度のしくみ

福岡県弁護士会で実施している制度をモデルとして、相談活動から審査会請求代理人活動がどのような流れで進められるのかを分かりやすく解説するとともに、これらの活動を具体的に行っていく上で留意すべき事項を懇切に示している。

III 精神保健福祉法の概略

現行精神保健福祉法のうちで、精神保健当番弁護士の活動とかかわりのある条項を中心にして簡潔に解説している。なお、1999(平成11)年の改正部分にも触れている。

IV 精神保健相談に関するQ&A

担当弁護士として活動する際に入院患者からよく質問される事項や活動に当たって弁護士が必要とする知識や疑問について、質問(Q)と答(A)の形式で分かりやすく解説している。

V 精神医療に関するQ&A

基本的な精神医療に関する医学的な事項について、質問(Q)と答(A)の形式で分かりやすく解説している。

VI 精神保健当番弁護士活動実践モデル

上記のケース研究を踏まえて、医療保護入院患者からの退院ないし任意入院への切替えに関する請求を具体的な設例にまとめ、その活動の経過、審査会への請求書と意見書のモデルを示すとともに、実際の現地調査・審査会を想定し、劇風のロールプレイに仕立てた。

VII 資料集

精神保健当番弁護士の活動をする上で必要な厚生省の規則や通知等を掲載した。なお、1999(平成11)年の同法の改正に伴って規則や通知等及び精神医療審査会審査マニュアルの改定が進められているが、本報告書作成時点では公表されるに至っていないの

で、とりあえず従来のもを用いた。本年6月に全国の弁護士会に配布する段階では、改定後のものに差し替える予定である。

D. 考 察

1. 精神保健当番弁護士制度の必要性・有用性

(1) 法的理念

精神医療施設に隔離・拘束されている「患者」には、不服申立をすることができる権利が保障されている(憲法第13条, 同第14条第1項, 同第31条, 同第32条, 同第34条, 国際人権B規約第9条, 同第14条第1項, 同第26条)。

本来, 精神医療審査会はそのような不服申立を受けて, 司法的手続に準じて独立, 公正, 迅速にその当否を判断すべきものとして設定された機関である(精神保健福祉法第38条の4, 第38条の5, 同第12条ないし第15条。なお, 残念ながら, 現行の精神医療審査会には独立性は確保されていない)。この患者の不服申立を真に実効性のあるものとするためには, 審査請求に関連して, 無償の弁護士選任権が保障されなければならない。

なぜなら, この不服申立は, 法的な事務手続として高度の専門性を有するばかりでなく, 申立本人は現に隔離・拘束されているのであって, 自らの申立に必要な行動をする一切の機会が物理的に奪われてしまっているからである。

このような状況下にある申立人に無償の弁護士選任権を認めなければ, 不服申立権を認めるといっても, それは絵に描いた餅にすぎない。

さらに, 入院患者は障害者として援助を受ける権利を有している。国際基準によれば, 障害者は自己の人身及び財産の保護のために不可欠である場合には, 資格のある者による法的援助を利用することができるし(国連の障害者権利宣言第11項), 障害者が隔離・拘束下にある場合で, 自ら十分な支払手段を持たないときには, その費用を自己負担することなく, 弁護人を選任できると定めている(国連の「被拘禁者保護原則」第17項, 同「精神障害者の保護及び精神保健ケアの改善のための原則」第18項)。

これは当然のことであり, わが国の憲法, 障害者基本法, 精神保健福祉法もこの理念に依拠していることは否定できないところである。

この無償の弁護士選任権は, 「無償」であることからくる財源と人的資源として, 弁護士の確保が問題となる。

わが国の精神病院入院患者は約33万人であり, このうち1日24時間出入口を施錠されている病棟に入れられている患者はその半数を下らない(1996年厚生省調べでは6468病棟中24時間世情の閉鎖病棟は3272病棟としている)。

20万人を超える入院患者は, 何らかの強制的処遇の下に置かれている(19997年厚生省調べでは8時間以上開放処遇を受けている患者は10万7181人にとどまっている)。この数は刑事被拘禁者のおよそ2倍に達する(1996年検察統計によれば, 逮捕者10万5983人, 勾留者9万0967人とされている)。

このように, 精神医療は膨大な数の被拘禁者を抱え込んでいることからすれば, その人権保障に資するために必要な人的資源としての弁護士の確保は, 弁護士会による組織的かつ効率的な取組を抜きにしては考えられない。この弁護士会による組織的・効率的な取組の一つのモデルが精神保健当番弁護士制度である。これに対し, 他に代替し得る有用な制度は現状においては存在しない。

なお, この点に関しては, 1997(平成9)年度の研究報告書に詳述しているところである。

(2) 医療効果

わが国の精神医療施設における隔離患者の多さと入院の長期化は目を覆うばかりである。

入院患者の約46%が5年以上であり(実数としては, 33万0509人中の15万1239人), 20年以上に及ぶ入院患者の率は約16%にのぼる(実数としては, 同中の5万2018人)。これは, 精神医療が真に「医療」として健全に機能しているとは言い難いことを示す数字である。

その背景には, わが国の精神医療政策が患者の収容を目的として, 長きにわたって強制入院を中心にして進められてきたこと, その間に数多くの

患者の人権を損なう収容、処遇がなされ、これらの結果として、患者は病状の行く着くところまで、家族はボロボロになるまで、適時・適切な援助を受けることを回避してきたということを挙げるができる。

まず、精神医療施設では、あくまでも任意の入院と患者本人の自発的意思に基づく適正な処遇と治療が提供され、患者の人権が第一に保障される場であることが確認されなければならない。

この確認のために、必須の制度として、精神保健当番弁護士制度を位置づけることができる。

この制度は、精神医療施設を「収容所」ではなく、「医療施設」に更新させるだけでなく、対等な医師・患者関係を軸とした、本来のあるべき医療へ立ち至ることを可能にするものといわなければならない。

加えて、本研究によって明らかなように、同制度の活用は、個々の医療現場において、医師による固定化した治療・社会復帰プログラムの見直しや、患者による治療・訓練への自発的参加、社会復帰への成算的な取組をうながすなどといった重要な成果を現実に見せている。

反面、医療関係に及ぼす悪い影響として考えられるものは、感情的な反発を除けば皆無に等しい。

これまで、精神医療施設では、多くの医師・患者関係は固定化し、支配的であったところ、精神保健当番弁護士制度による弁護士の人権的介入は、医療関係にこれまでなかった流動化や対等化をうながし、現実の医療関係を改善していく効果が明らかに認められる。

(3) 政策効果

精神保健福祉政策は、いうまでもなく精神保健福祉法が定める法の目標に従って、合目的に立てられなければならない。法の目標は、第一に患者の社会復帰と社会生活の援助、促進であり、できる限り社会内において、患者に治療及び福祉的援助を提供することである。

このような法の目標に従えば、患者の社会復帰や社会内での支持的援助が中心となるような医療

政策が定立されなければならない。逆にいうと、膨大な数の患者隔離や長期入院を維持するような医療政策は、この法の目標に真っ向から反するものである。

わが国の現状の政策は、その結果から見ると、残念ながら後者であるといわなければならない。膨大な数の患者隔離と長期入院の持続は、いかなる理由があろうとも、それにつき込まれる莫大な費用と相まって、これに見合う対効果(社会復帰を中心としたもの)を認めることはできない。

何より、法の目標に合致し、なおかつこのような費用対社会復帰効果を中心とした政策的合理性を満たす政策、施策が講じられなければならない。

精神保健当番弁護士制度は、前述したとおり、法の目標に反する患者隔離や長期入院を厳重にチェックしてこれを抑制し、患者の人権を保障しつつ、社会復帰を促進させる効用を持つものである。

医療政策が法の目標に従った合目的なものとするための、また、費用対効果が見合ったものにするための、重要な施策の一つとして精神保健当番弁護士制度は位置づけられなければならない。

(4) 小括

精神保健当番弁護士制度は、法的な理念のもとで、その必要性が基礎づけられるだけではなく、精神医療政策全体の合目的性を担保するために不可欠であり、なおかつ、現場の医療関係の改善を図るとおいて顕著な有用性が認められる。

2. 各弁護士会の取組と今後

福岡県弁護士会が1993(平成5)年に始めた精神保健当番弁護士は、岡山、広島、名古屋、大阪、京都、東京などの各単位弁護士会においても、すべての障害者援助制度の一部門として、あるいは精神保健単独の援助制度として実施され、広がっていった。

事業の内容は、電話相談、出張面接相談、審査請求代理人活動など、幅の広いものである。

いずれも、弁護士・弁護士会からの財政援助によって運営し、利用者である精神障害者に負担させない。

各弁護士会の制度上、実施上の問題点について

では、全国の連絡協議会を実施するなどして改善方策を協議し、個々の具体的事件の処理から精神病院協会との連携に至るまで、その解決を模索している。

このような協議に当たっては、できる限り精神医療と福祉の専門家や行政専門家の参加を求め、いわば実験的制度にふさわしい多様な論議を可能にする工夫を行っている。

日本弁護士連合会は、隔離・拘束下にある人々への法的援助は弁護士・弁護士会の使命であり、精神障害者であっても、例外なく、いつでも無料で法的援助が得られるよう、弁護士会としてその受皿を作ることが急務であることを確認し、この制度の全国的展開のための準備を行っている。その手始めとして、精神障害者のための弁護士活動マニュアルを策定しているところである。

できるだけ数多くの弁護士がこの活動に参加し、合理的に配置、配分するシステムを全国規模で早急に立ち上げなければならないが、各単位弁護士会における精神保健当番弁護士制度の組織化とともに、個々の弁護士へも活動マニュアルを提供するなどしながら、個別事件としての処理を可能とする方策（例えば制度未整備の単位弁護士会においても、個別事件処理についての財政的手当を行うなど）を採り、隔離・拘束下にある精神障害者の人権擁護を現在進行形で確保していくことを目指している。

3. 課題と方策

(1) 法が目指す目標は精神障害者の社会内での医療、福祉、生活全般にわたる総合的な支援であり、また、隔離・拘束下にある人々への人権擁護であり、一日も早い社会復帰のための医療、法的援助などの提供である。そのために有効で合目的な政策が立てられ具体的施策とされ、実行されなければならない。

精神障害者に対する強制は、仮に許容されるとしても、極めて例外的に許容されるにすぎず、それが恒常化し長期化することは法の目的に反することである。また、その間の人権保障は法の名にもとることのない万全なものでなくてはならない。

わが国の精神医療の現状は、隔離・拘束主義を脱却しているとは到底評し難い数多くの強制事例を擁し、これらが極めて長期に及んでいる。

他面、このような法の趣旨に反していること自体が長年改善されないまま推移してきているにもかかわらず、人権擁護の観点からなされる有効的な政策、施策は乏しく、予算上もほとんど顧みられてこなかった。

この問題を一举に解消することは容易なことではないが、患者の人権擁護や隔離・拘束及び入院長期化の解消に向けて、小手先の対応ではなく、法規整備を含めた抜本的な対策が採られるべきである。

その上で、法の目標に見合った政策の重要な柱として、精神保健当番弁護士制度あるいはこれに代替し得る制度の確立が不可欠である。

(2) 第一に、法規整備として、患者に社会復帰及び社会生活のために必要な援助を受ける権利があることを明確にし、無償の弁護士選任権等を明記すべきである。

(3) 第二に、政策の見直しが必要である。例えば、患者の治療へのアクセスを阻害する主な原因が、患者の意思を無視した治療や人権侵害の危うさにあることに鑑み、精神医療機関での患者の権利擁護が全うされるシステムこそ、政策の主要な一角を担うべきものと考えられなければならない。

この意味でも、強制隔離・拘束を容認する精神医療の宿命として、弁護士による自由な面接及び不服申立（弁護士による法的援助制度）を実質的に確保・保障することは最低限の保障というべきである。

(4) 第三に、このような法の目標に照らし、合目的に立てられた政策のもとで、有効かつ合理的な施策、措置が採られなければならない。

患者の社会復帰の促進、社会生活援助という目標のもとでの弁護士による法的援助制度を考えると、同様の目標のもとでの他の専門機関による制度を準備する必要がある。これは、社会復帰のために院外におけるPSWらの関与を制度化することであり、精神科救急を「隔離・拘束」のための制度

としてではなく、「社会生活の維持、ステップアップ」のための制度として再構成することである。

このように精神保健福祉のための当番弁護士、救急対応医療制度、社会復帰支援制度が合目的に相互に連携することにより、法の目標に見合った政策、措置が可能となる。

(5) 第四に、社会的合意に向けた努力が積極的に推進されなければならない。精神障害者の犯罪を誇大に取り上げて、何らの根拠もなくなされる障害者バッシングが、マスコミだけではなく、精神医療を担うべきところからも顔を出している。

犯罪を犯した人の中にたまたま精神を病んだ人がいたという事実を取り上げて、殊更精神障害者はとてつもなく犯罪傾向を持つものという偏見を流布し、助長する不正義な事態に対しては、その偏見に何らの科学的根拠がないことを明確にして、精神障害者に対する正しい知識を分かりやすく、積極的に繰り返しキャンペーンすべきである。

このような公的キャンペーンを通じて、法の目標である精神障害者の社会復帰、社会生活の向上についての社会的合意を深く結びつけつつ、公的な政策に必要な財源及び人的資源を円滑に確保していく必要がある。

(6) 第五に、日本弁護士連合会への人的資源確保に向けての正式な要請のもとに、制度に関する協議が行われるべきである。既に述べたとおり、20万人を数える患者が隔離・拘束下に置かれ、その数は全刑事施設内被拘禁者の2倍を超えるものであることを考えれば、これに対する弁護士の法的援助活動は、組織的・合理的な取組でなければならない。

(7) 個々の弁護士の個人的なあるいは個別の単位会による実験的な対応による限界は明らかである。

福岡県弁護士会は実験的にかつ小規模に精神保健当番弁護士制度の名のもとに、主として隔離・拘束下にある「患者」、「精神障害者」への法的援助活動を行ってきた。その活動を通じて、閉鎖病棟は明らかに収容施設であるし、多くの「患者」、「障害者」は自らの疾病や障害ではなく、隔離・拘

束、強制治療、偏見・差別によって、より多く深く苦しみを受けていることを知った。

弁護士会の制度整備は急務であるが、それとともに個々の弁護士の援助活動が即時的な課題として求められる。

本研究では、制度整備の提言、促進とともに、未整備弁護士会にあっても、個々の弁護士がこの活動をなし得るよう、法的援助マニュアルを作成した。

本研究が行政、精神医療、福祉各界とともに連携して、隔離・拘束を中心としたこれまでの大いなる負の遺産を克服して、よりよいものに変え、未来へつなぐための糧となることを望んでいる。

E. 結 語

1999(平成11)年に改正され、本年4月1日から施行されることになった精神保健福祉法は、精神障害者の人権擁護とその社会復帰の促進という基本理念に基づく施策を押し進める方向での手当が一定程度なされている。2002(平成14)年4月以降、精神医療審査会の事務局を知事部局から精神保健福祉センターに移管するというのも、不十分ながら、審査会の独立性を多少なりとも確保しつつ、その審査をより充実したものとすることを目指すものということができよう。

しかし、そのような受皿としての精神医療審査会の審査を真に患者の人権保障のためのものにするには、患者の主張・利益を十分に代弁するとともに、診療録等の開示資料の検討を含めた専門的立場からの代理人活動が不可欠である。

さらには、退院や処遇改善を求める入院患者がいつでも法律実務家である弁護士に無償でアクセスすることができる体制を確保しておくこと自体が患者の人権保障にとってなくてはならないものである。それは、精神病院の閉鎖性を打開して、患者に対する人権抑圧を未然に防止し、患者の人権に配慮し社会復帰を指向した、あるべき精神医療を確立することに大きな役割を果たし得るものでもある。

7年前に福岡県弁護士会で発足した精神障害

者のための当番弁護士制度は、十分とまではいえないとしても、着実に実績と成果を挙げており、同県内の精神保健福祉行政や精神医療関係者の間に定着している。福岡県弁護士会以外の弁護士会では、未だその数は多くないものの、大都市圏の東京・大阪・名古屋を含めたいくつかの都道府県で導入され、あるいは導入への準備が進められているなど、その輪が広がっていることは確かである。日本弁護士連合会においても、高齢者・障害者の権利に関する委員会において、本制度の全国の実施に向けた取組が開始されているところである。

財政基盤の確保や担当弁護士の人員確保などの克服すべき問題はあつものの、本制度の公的制度化による全国の実施は、将来のこととしてではなく、現下の喫緊の課題として早急に着手すべき課題である。

本研究では、そのための実践的方策の一つとして、精神保健当番弁護士制度モデル・マニュアルと具体的実践活動モデルを策定し提示した。

全国の弁護士・弁護士会が本モデルを十分に活用して、この活動に参加するとともに、精神保健当番弁護士制度の公的制度化に向けた着実な動きが始まることを強く期待するものである。

F. 研究発表

学会・論文とも未発表

〔参考文献等〕

- 1) 福岡県弁護士会精神保健委員会『精神障害者への法律援助の在り方をさぐる』(1994年9月)
- 2) 福岡県弁護士会精神保健委員会『精神障害者の人権救済ハンドブック・改定版』(1994年9月)
- 3) 財団法人法律扶助協会『精神障害者と法律援助／精神障害者の法的手続の扶助に関する研究報告』(1994年9月／平成4年・5年度厚生科学研究報告書)
- 4) 国際法律家委員会『日本における人権と精神

病患者・その3』(1995年6月)

- 5) 八尋光秀『精神保健法に基づく法的援助に関する福岡県弁護士会の取組』(1995年12月)
- 6) 福岡県弁護士会・財団法人法律扶助協会福岡県支部『精神保健相談弁護士制度・精神保健法律援助制度発足3周年記念シンポジウム／精神医療審査会の役割を考える』(1996年10月)
- 7) 中国地方弁護士連合会『精神医療の現状と精神保健法の見直し』(第46回中国弁護士大会シンポジウム資料)』(1992年10月)
- 8) 福岡県弁護士会精神保健委員会・財団法人法律扶助協会『精神障害者の人権と弁護士の役割』(1997年6月／平成9年度厚生科学研究報告書)

精神保健当番弁護士活動 モデル・マニュアル

- I 精神保健福祉法と弁護士・弁護士会の役割
- II 精神保健当番弁護士制度のしくみと活動のポイント
- III 精神保健福祉法の概略
- IV 精神保健相談に関するQ&A
- V 精神医療に関するQ&A
- VI 精神保健当番弁護士活動実践モデル
- VII 資料集

I 精神保健福祉法と弁護士・弁護士会の役割

1. 精神障害者に対する強制入院の実態

わが国精神病院入院患者は約33万人であり、このうち1日24時間出入口を施錠されている病棟に入れられている患者の数はその半数を下りません(1996年厚生省調べでは6468病棟中24時間施錠の閉鎖病棟は3272病棟となっている)。

20万人を超える入院患者は、何らかの強制的処遇の下に置かれています(1997年厚生省調べでは8時間以上開放処遇を受けている患者数は10万7181人とどまっています)。この数は刑事被拘禁者の実に約2倍に達しています(1996年の検察統計によれば、逮捕者10万5983人、勾留者9万0967人とされています)。

また、精神病院内での入院患者に対する様々の人権侵害事例は今日も後を絶ちません。

2. 法の権利保障

現行の精神保健福祉法(1988年7月1日施行。1999年の改正法は2000年4月1日施行)は、精神障害者に対する権利保障手続について、旧精神衛生法にはなかった制度を導入しました。その概要は、非自発的入院に対する手続の加重、監視是正機関としての精神医療審査会の設置、弁護士資格を有する者との自由かつ秘密の通信(電話を含む)・面会権・退院請求及び処遇改善要求権の保障などです。

3. 弁護士及び弁護士会の役割

精神医療施設内にその意に反して入院させられている人々は、身体の強制的な拘束を受けているにもかかわらず、これについての事前の司法審査を受けていません。

このことを前提として、精神保健福祉法は事後的な形で精神障害者のための手続的保障を規定しています。

しかし、その実効的な保障は弁護士及び弁護士会が担わざるを得ません。法はその権利保護のために、弁護士資格を有する者に限り刑事被拘禁者におけるのと同様の権限、すなわち秘密交通権な

どを認めています。弁護士及び弁護士会は、このような権限委託に対して、有効かつ適切な救済システムを準備して応える必要があります。

4. 国際的状況

1991年12月の国連総会決議『精神障害者の保護及び精神保健ケアの改善のための原則』は、精神疾患を有する患者に対して、能力の補完のため(原則1の6)及び入院に関する審査手続上(同18)、財産がなければ無料で弁護士の選任を受ける権利を保障しています。

さらに、第11回国連犯罪防止会議決議『弁護士の役割に関する基本原則』によれば、弁護士会は貧困者及び必要のある場合には、その他の不利な状況にある人々に対して、法律援助のために協力しなければならないと定めています(原則3)。

被拘禁者に共通の保障として、国際人権B規約第9条第4項は司法的審査を受ける権利を保障しています。また、国連総会決議『被拘禁者保護原則』第17条は、資力のない者は無料で弁護士の選任を受ける権利を有すると定めています。

このように、精神医療施設に入院している患者は無料で弁護士を選任する権利を有し、弁護士・弁護士会は、国及び地方公共団体に働きかけるとともに、自らこれに応じなければならない義務があることは明らかです。

5. モデル・マニュアルの作成目的

福岡県弁護士会と法律扶助協会福岡県支部は、1993年7月1日に精神障害者に対する法律援助制度を発足させました(通称「精神保健当番弁護士制度」)。この制度による精神保健援助活動は、法律相談活動と審査請求代理人活動とに大別できます。

この制度により、精神医療施設に入院している人は、弁護士会への電話あるいは手紙などによって、精神保健福祉法にかかわる救済を求めることができます。このような救済の申出があれば、弁護士が電話による事情聴取をした上で、施設に向

いて面談による相談をし、必要に応じて退院・処遇改善等の審査請求を代理するなどの法的援助を行います。しかも、この活動に関して患者は費用を負担しません。

制度発足以来今日までの7年間で、この制度の利用件数は毎年約100件を超えており、担当弁護士の活動によって、退院するに至った事例も少なくありません。

福岡県弁護士会以外でも、東京弁護士会、大阪弁護士会、名古屋弁護士会、京都弁護士会、岡山弁護士会、広島弁護士会で同様の制度を導入して、成果を挙げつつありますし、これら以外の弁護士会でもこの制度の導入に向けた検討をして

いるところが少なくありません。また、日本弁護士連合会では、高齢者・障害者の権利に関する委員会において、この問題についての検討する小委員会を設け、本制度を全国的に展開するための方策の検討に着手しているところです。

このモデル・マニュアルは、このような動きをさらに押し進めるとともに、精神障害者の人権擁護活動に携わった経験のない弁護士でも、この活動に参加することができるようにするという観点から、法制度や精神医療に関する解説のほか、典型的なケースを物語風に仕立ててみました。

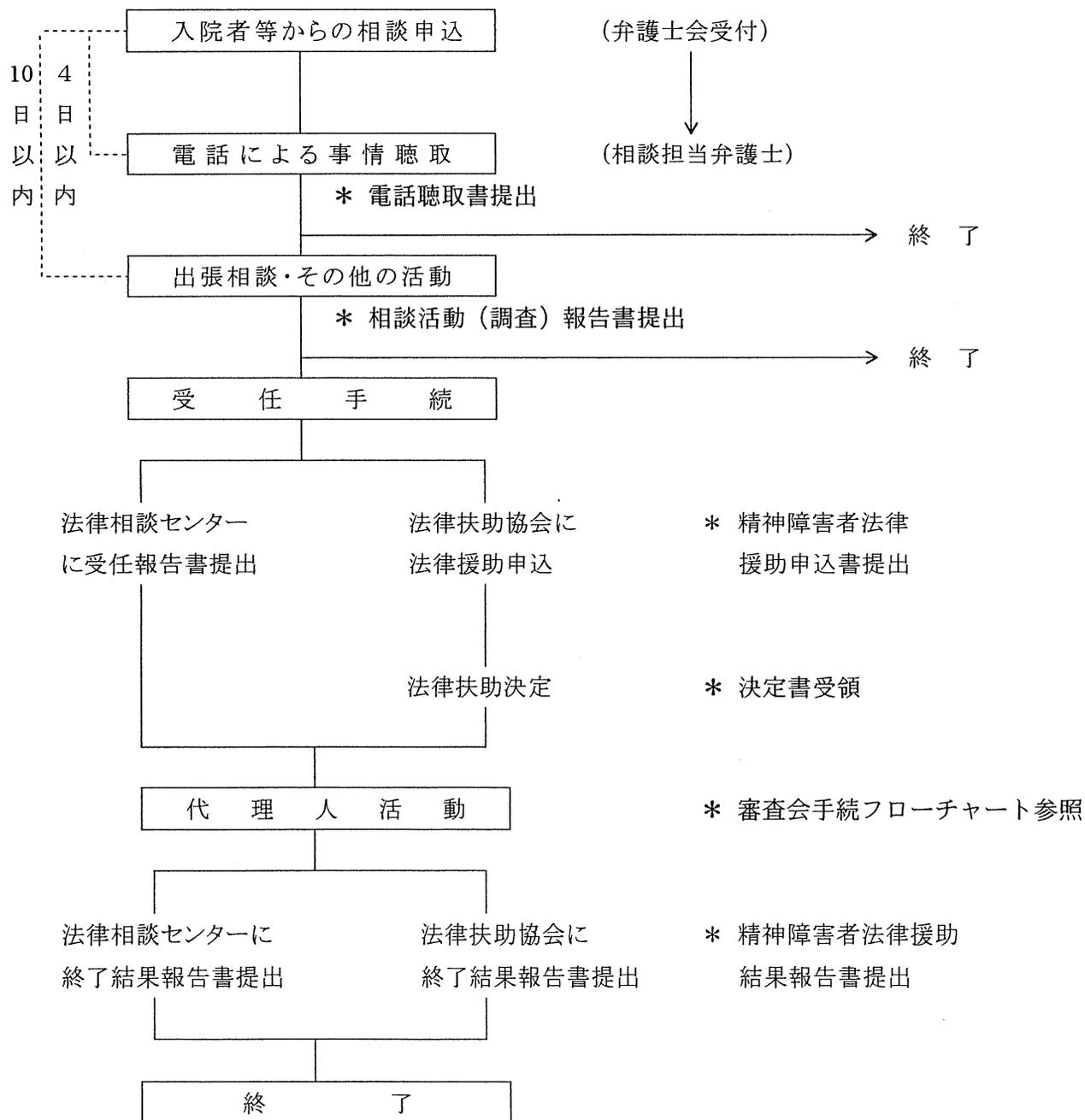
本書を活用して、多くの弁護士・弁護士会が精神保健当番弁護士の活動に結集されることを期待してやみません。

II 精神保健当番弁護士制度のしくみと活動のポイント

1. 概要

弁護士会が行っている精神保健当番弁護士の活動は、大別して法律相談活動と代理人活動(法律援助活動)の二つに分かれています。

その概要を図示すると、次のフローチャートのようになります。



2. 精神保健当番弁護士名簿

精神保健当番弁護士として、精神保健相談・法律援助活動を行う弁護士は、弁護士会の精神保健委員会が管理する「精神保健当番弁護士名簿」

に登録しなければなりません。この名簿に登録するには、毎年1回以上行われる「精神保健当番弁護士研修会」に参加する必要があります。

原則として、相談申込がある都度、名簿登載の

順に配点します。

3. 相談受付

精神医療施設の入院患者が精神保健法律相談を申し込むには、弁護士会に電話をするだけでよいことになっています。

弁護士会では、担当の事務職員が電話を受け、相談申込者の氏名と入院施設の名称・電話番号を確認するだけであり、後日、相談担当弁護士が決まって、その弁護士から病院に電話をすると告げて受付を終わります。

患者のプライバシーを確保するという見地から、職員は相談申込者に対して、それ以上の事情や簡単な相談内容も一切尋ねないことになっています。

4. 電話による事情聴取

3の相談申込があると、弁護士会は、精神保健当番弁護士名簿に基づき、原則として名簿順に担当弁護士を指定します。弁護士会から担当弁護士には、入院患者名(相談者名)、入院先病院名とその電話番号等を記載した書面をファクシミリ送信します。

これを受けた相談担当弁護士は、相談申込の日から原則として4日以内に入院患者に電話をして、申出の趣旨と簡単な事情を聴取し、その結果を〔電話聴取書〕に記入して弁護士会に提出します(ファクシミリ送信でも構いません)。

なお、精神保健相談では、あくまでも精神病院入院患者の退院・処遇改善等の入院に関する相談のみを対象として取り扱い、申出の趣旨が通常法律相談(金銭貸借や離婚、相続などの一般民事、家事事件等)である場合には、電話による事情聴取だけで活動を終了することになっています。

しかし、入院患者は、精神疾患や薬の作用のため、あるいは電話をかけているそばに病院関係者がいるなどの理由から、必ずしも自分の意思を明確に告げることができない場合もあります。したがって、そのような場合であっても、患者の真意を確認するために、担当弁護士は原則として出張相談(派遣相談)を行うようにしてください。

また、電話相談を受ける場合には、次の点に留

意してください。

① 精神医療施設への電話について

入院患者は精神保健施設において一定の行動制限を受ける場合もありますが、代理人である弁護士あるいは代理人となろうとする弁護士との面会については制限を受けません(精神保健福祉法第36条第2項に基づき厚生大臣が定める行動の制限)。このように、入院患者と弁護士との交通は一定保護されていますので、精神医療施設に電話をする場合には、弁護士であることを明示した方が精神保健施設側の対応がスムーズにいくと思われま

② 事情聴取の心構え

入院患者は、服薬中のために話し方が明瞭でなかったり、話す内容が分かりにくかったりすることも多いので、ゆっくりと時間をかけた事情聴取に努めてください。また、入院患者が電話しているそばに精神医療施設の関係者がいるために、言いたいことを十分に話せないことも多いようです。このため、基本的には出張相談に行く心づもりでお願いします。

5. 出張法律相談(派遣相談)

電話聴取の結果、入院患者の申出が精神保健福祉法に基づく退院・処遇改善等の請求にかかわる相談である可能性がある場合には、担当弁護士は、原則として相談申込の日から10日以内に当該入院先病院に出張し、相談申込者である入院患者と面接して詳しい事情を聴取してください。

出張相談の要領に関して、以下の点に留意してください。

① 事前確認

精神保健施設では、課外活動や運動会などの行事も多いので、精神保健施設に電話をして、自分が予定している出張法律相談日時に入院患者と面会できることを事前に確認しておいた方が確実です。

② 面会申込

精神保健施設に着いたら、まず受付に入院患者からの要請で相談に来た弁護士である旨を明示して、入院患者との面会を申し込んでください。

前述したように、代理人になろうとする弁護士との面会は制限できませんので、もし面会を拒否されたり制限をされた場合には、精神保健福祉法に違反することを説明して抗議し、面会させるよう交渉させてください(面会を拒否・制限されることはまずありません)。もし、それでも面会ができない場合は、精神保健委員会に相談してください。

③ 秘密面会相談

面会相談は、入院患者が相談しやすいように、精神保健施設関係者の立会いのない状態で行ってください。

この秘密面会については、次の点に留意してください。

先ほども述べましたように、代理人である弁護士あるいは代理人となろうとする弁護士については、面会の制限ができません(精神保健福祉法第36条2項に基づき厚生大臣が定める行動の制限)。

また、一般的に面会については、「面会する場合、患者が立会いなく面会できるようにするものとする。ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要のある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする」(精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生大臣が定める処遇の基準)とされ、原則として立会いのない秘密面会が保障されています。

出張相談では、面会室で面会相談をするのが普通ですが、そこでは秘密交通が守られないような場合には、精神保健施設に対して、適当な場所を求めることができますし、また、精神保健施設関係者の立会いは原則として拒否できます。

また、精神保健施設関係者が「医療若しくは保護のために特に必要のある場合」として立会いを要求した場合でも、その必要性があると考えられないときには、面会をする前に、あるいは面会の途中からでも、精神保健施設関係者の立会いを拒否すべきです。

④ 相談に際して確認する事項

入院患者からの事情聴取に際して確認しておくべき主な事項は次のような点です。これを参考にし、ケースごとに応用しながら丁寧な事情聴取を心

がけてください。

1 本人に関する事項

- a) 氏名・生年月日・住所・連絡先
- b) 職歴
- c) 家族構成
- d) 保護者の氏名・住所・連絡先
- e) 発病の時期・経緯・病名
- f) 手帳取得の有無
- g) 支援者の有無

2 入院に関する事項

- a) 今回の入院日
- b) 入院形態
- c) 本人への告知(制度の説明)はありましたか。
- d) 主治医の氏名
- e) 精神科ソーシャルワーカー(PSW)の氏名
- f) 自宅から病院までの経路・交通手段
- g) 入院の際に保護室を使用されましたか。
- h) 退院を申し出たことはありますか。
- i) それに対する病院からの回答はどのようなものでしたか。

3 治療に関する事項

- a) 診察回数(回/月)
- b) 主治医から患者に対して病気(病名等)についての説明がありましたか。
- c) 治療計画について説明がありましたか。
- d) 服薬している薬について説明がありましたか。
- e) 薬は症状に合わせて出してくれましたか。
- f) 身体(合併症)の病気の治療は希望どおりにしてくれましたか。
- g) 薬による副作用と思われるものがありましたか。
- h) 服薬はしていますか。

4 処遇面に関する事項

- a) 看護婦・看護師等はきちんと世話をしてくれますか。
- b) 点滴は誰がしますか(医師、看護婦・看護

士、ヘルパー、その他)

- c) 注射は誰がしますか(医師、看護婦・看護師、ヘルパー、その他)
- d) 病室や廊下は清潔ですか。
- e) 病室内は適温になっていますか。
- f) シーツ交換は適時行われていますか。
- g) 入浴は適時行われていますか。
- h) 電話は常時詰所の外にあり、使用できますか。
- i) テレホンカードや小銭は自由に入手できますか。
- j) 都道府県の窓口や法務局・弁護士会の電話番号は常時掲示されていますか。
- k) 都道府県の窓口や法務局・弁護士会への電話を制限されたことはありませんか。また電話をしたことで懲罰その他の不利益な取扱いを受けたりしたことはありませんか。
- l) 手紙やはがきの発信・受信を制限されたことはありますか。
- m) 面会を禁止されたことはありますか。
- n) 面会時間の制限や日曜日制限で困ったことはありますか。
- o) 家族の面会回数(回/月)
- p) 自分の意思で外出は自由にできますか。
- q) 看護婦・看護師等による暴行・暴言を受けたことはありますか。
また、その理由で思い当たることはありますか。
- r) 周りの患者が看護婦・看護師等による暴行・暴言を受けるのを見たことはありますか。
- s) 身体をベッドに縛られたことはありますか。
- t) 周りの患者が身体をベッドに縛られるのを見たことはありますか。
- u) ゴミ当番や配膳の準備をさせられたことはありますか。
- v) 金銭台帳(入出金明細)は毎月チェックできていますか。
- w) 小遣い銭は自分の意思で使えますか。

6. 関係者からの事情聴取

相談担当弁護士は、入院患者との面会相談とともに、必要に応じて、できるだけ主治医や保護者・その他の家族等の関係者から事情聴取をするように心がけてください。

以上のような活動を行った場合は、速やかに、弁護士会備付けの所定の「相談活動(調査)報告書」を作成して弁護士会に提出してください。

出張・面会相談の結果、精神保健福祉法に基づく退院や処遇改善要求について、代理人として活動をする必要があると判断される事案については、審査請求代理人活動に移行してください。

なお、その判断に迷う場合には、精神保健委員会に相談してください。

7. 代理人活動への移行

精神医療審査会への退院・処遇改善請求をする必要があると判断される事案については、原則として、相談担当弁護士がそのまま請求代理人となって援助活動を行うことになります。

この代理人活動については、財団法人法律扶助協会の各弁護士会支部に対して法律援助申込をし、その決定を経て行うこととされていますが、法律扶助協会の審査においては、担当弁護士が必要と認めた申込案件は原則として全件について援助をすることにしています。

また、相談担当弁護士として、この援助活動を行うべきかどうかの判断に迷うことがある場合には、精神保健委員会に報告して、同委員会で検討することにしていますが、入院患者が希望する以上は、その要求を精神医療審査会の審査手続にのせるべきであるとの観点から、特段の事情がない限りは、適正手続保障の原則に立って、代理人活動をお願いすることになっています。したがって、相談担当弁護士としても、そのような基本的考え方に立脚し、できるだけ代理人活動をしていただくようお願いいたします。

代理人活動をする上で留意すべき主な事項は以下のとおりです。

① 現地意見聴取への立会いについて

精神医療審査会は、退院等請求では、患者・請

求者・精神病院管理者・保護者に面会又は書面で意見聴取することが義務づけられていますので、必要がある場合には、事前に意見聴取期日を問い合わせ、代理人として立ち会うように努めてください。

② 環境調整について

代理人としての主要な活動の一つは、入院患者を安心して退院させられるための環境調整を行うことです。医療保護入院の多くの場合は、責任ある受入れ体制さえあれば、退院させられるというケースが多いため、保護者ないし家族の説得調整、あるいは行政機関(ケース・ワーカー等)との調整等により、退院後の受入れ体制をできる限り整えます。

保護者ないし家族は入院患者に関して苦労している場合が多いため、説得調整はなかなかうまくいかないケースもあります。しかし、入院患者にとって、入院拘束されていることがどんなに苦痛であるのかなどを説明して、拘束されて自由を奪われている必要まではないことを理解してもらうよう、説得に努めてください。このことは、審査請求手続において、保護者ないし家族が協力しなかったとしても、退院に至った場合にそのような説得調整が入院患者の受入れに役立つものと考えられます。

③ 担当医師との交渉について

担当医師は精神医療審査会に対して意見書を提出しますので、請求代理人としても、担当医師と十分面談して、その意見を聞いておくと参考になります。また、担当医師も責任ある引き受け手さえいれば退院させたいと考えていることも少なくなく、可能であれば、担当医師と一緒に退院のための環境調整を検討することも有効です。

④ 意見書の提出について

代理人としての主要な活動のもう一つは、意見書の作成・提出です。退院等の請求書における「請求の理由」を補充するものとして、退院や処遇改善を請求する理由を述べます。

精神保健福祉法所定の入院要件のないこと、あるいは環境調整ができていて、入院の必要がないことなどを記載し、都道府県知事ないし政令都市

市長あて(具体的には精神保健関係主管部局であり、その名称は都道府県・指定都市ごとに異なっており、衛生部保健予防課・医療福祉部精神保健課・環境保健部健康増進課などになっています)に提出します。なお、2002(平成14)年4月からは、精神医療審査会の事務局が精神保健福祉センターに移管されることになっていますので、以後は精神保健福祉センターが取り扱います。

⑤ 精神医療審査会への出席と意見陳述について

多くの都道府県の精神医療審査会では、請求代理人の審査会への出席と意見陳述を認めていますので、日程が許す限り、できるだけ審査会に出席して意見陳述をしてください。事前に精神医療審査会が開かれる日時・場所を主管事務局に確認した上で、審査会に出席して意見陳述をしたい旨の連絡をしておきます。

なお、精神医療審査会の結論は、請求のあった日からおおむね1か月以内に出さなければならないこととされていますので、その点にも配慮して日程調整をお願いいたします。

⑥ 資料の開示について

「精神医療審査会運営マニュアル」(昭和63年5月13日健医発台574号「精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について」都道府県知事あて・厚生省保健医療局長通知添付)によれば、審査会の資料は開示しないことになっており、多くの都道府県でも開示しない運用をしているようです。しかし、国連の『精神障害者の保護及び精神保健ケアのための原則』第18では、患者の記録、その他の文書は、患者及び代理人に開示されることが認められています。今後、厚生省や都道府県精神医療審査会とその主管部局との間で交渉していかなければならない問題と考えますが、代理人としては、必要がある場合には、開示を求めて交渉するよう努力してください。

なお、現在、上記の「精神医療審査会運営マニュアル」の改定作業が進められており、その中では一定の資料開示も検討されているようです。

以上のようにして、代理人活動を終了した場合

には、弁護士会備付けの「精神保健法律援助結果報告書」を作成して弁護士会に提出してください。

8. 費用

精神保健当番弁護士による相談・法律援助活動に要する費用は全額を弁護士会と法律扶助協会が負担し、相談申込者は無料です。

弁護士会は相談担当弁護士に対して、出張相談1回につき1万2000円の日当と交通費実費を支給し、審査請求代理人活動については、法律扶助協会より1件7万円と交通費実費を支給します。これらに関して、相談者・請求者本人には償還を求めないこととなっています。

9. トラブルの処理について

この制度は新しい取組であり、相談担当弁護士名簿に登録をしている弁護士の多くがそれまで精神医療現場や精神障害者にかかわった経験を持たないため、とまどう場面に遭遇したり、結果と

して自分の希望が実現しないことへの不満を抱く入院患者との間でトラブルが生ずることも全くないわけではありません。

また、保護者や家族から、弁護士が患者の希望に従って活動をするに対する抗議などが寄せられることもあるかもしれません。

そのような場合には、すべて精神保健委員会で対処しますので、どんなことでも相談してください。

なお、これまでのところ、深刻なトラブルに発展したようなケースはありません。

また、入院患者の退院・処遇改善等に関する精神医療審査会への請求代理人活動に移行しないなど、相談申込者の要望に沿えないとの結論を出す場合には、担当弁護士個人ではなく、精神保健委員会での検討結果という形で、同委員会の名でその旨の通知をすることにしていきますので、相談者にもそのように説明をしてください。

Ⅲ 精神保健福祉法の概略

1. 精神保健福祉法の基本理念など

(1) 精神保健福祉法の目的

精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とします(法第1条)。

(2) 国及び地方公共団体の義務

国及び地方公共団体は、各種施設や地域生活援助事業を充実することによって国民の精神保健の向上のための施策を講じ(法第2条)、精神障害者の社会復帰の促進を図るため相当の配慮をしなければなりません(法第4条)。

(3) 精神保健福祉センターの設置

都道府県は、精神保健の向上、精神障害者の福祉の増進を図るために精神保健福祉センターを設置します(法第6条第1項)。センターは、①精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及、調査研究、②複雑又は困難な相談及び指導、精神医療審査会の事務等を行う施設です(同条第2項)。

1999(平成11)年の法律改正により、従来知事部局が行っていた前記精神医療審査会の事務を精神福祉センターが行うようになり、2000(平成12)年4月から必須の機関になりました。

(4) 精神障害者社会復帰施設の設置

都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、社会復帰施設(①精神障害者生活訓練施設、②精神障害者授産施設、③精神障害者福祉ホーム、④精神障害者福祉工場、⑤精神障害者地域生活支援センター)を設置することができます(法第50条第1項、第50条の2)。

精神障害者社会復帰施設の設置は、市町村や社会福祉法人その他の者も都道府県知事(以下「県知事等」といいます)に届け出て行うことができます(法第50条第2項)。

(5) 精神障害者居宅生活支援事業

国及び都道府県以外の者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、県知事等に届け出て、精神障害者居宅生活支援事業(①精神障害者居宅介護等事業、②精神障害者短期入所事業、③精神障害者地域生活援助事業)を行うことができます(法第50条の3、同条の3の2)。

(6) 精神障害者社会復帰施設等への都道府県の補助

都道府県は、市町村や社会福祉法人その他の者が設置する精神障害者社会復帰施設及び精神障害者居宅生活支援事業に対して、その運営費用の一部を補助することができます(法第51条第1項～第3項)。また、国は都道府県に対して、都道府県が設置する精神障害者社会復帰施設の運営及び上記の補助に要した費用の一部を補助することができます(同条第4項)。

(7) 国民の義務

国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、さらに精神障害者とその障害を克服し、社会復帰をしようとする努力に対し、協力するように努めなければなりません(法第3条)。

(8) 保護者

精神障害者と一定の関係にある者を保護者と定め(法第20条、第21条)、精神障害者の保護義務を負わせています。

その内容は、強制入院させられている障害者に治療を受けさせる医療保護上の義務と財産上の利益を保護する義務と定められています(法第22条)。また、措置入院患者の退院の場合などに患者を引き取る義務があります(法第41条)。

今回の法改正により、これまで保護者に課せられていた精神障害者による自傷他害を防止する義務は削除されました。

(9) 精神保健指定医

精神医療には、患者の意思に反する強制入院や行動制限が伴うことから、患者の人権に配慮す

るために、一定の資格を要する精神保健指定医（以下「指定医」といいます）の制度を設けています（法第18条、第19条）。人権の制限を伴う医療や保護の可否に関する判定は指定医のみしかできません（法第19条の4）。非任意入院を行う精神病院の管理者は、常勤の指定医を置かなければなりません（法第19条の5）。

(10) 精神医療審査会

以下の職務を行うために、都道府県及び政令指定都市に設置される機関です（法第12条～第13条、第51条の12）。

精神病院の管理者から、医療保護入院の届出（法第33条第4項）、措置入院者、医療保護入院者の定期病状報告（法第38条の2）があったときに、その審査をします（法第38条の3第2項）。

入院患者や保護者から、退院若しくは処遇改善請求（法第38条の4）があったときに、その審査を

します（法第38条の5）。

2. 精神障害者の定義

この法律で「精神障害者」とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病室、その他の精神疾患を有する者をいいます（法第5条）。

具体的な疾患名としては、精神分裂病圏、躁うつ病圏、心因性精神障害、知的障害、精神病質及び中毒性障害等です。なお、単なるアルコール依存症は含みません。

3. 入院形態

入院形態には、任意入院と本人の同意に基づかない入院形態である措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の合計五つの形態があります。入院形態の区分を一覧表で示すと、おおむね次のようになります。

〈入院形態一覧表〉

入院形態	主 体	要 件	時間制限
任意入院	患者本人	自ら入院する旨を記載した書面	なし
措置入院	都道府県知事	① 2名以上の指定医の診察。 ② 精神障害のため自傷他害のおそれ。	なし
緊急措置入院	都道府県知事	① 急速を要し、措置入院の手続をとれない。 ② 指定医の診察。 ③ 直ちに入院させなければ自傷他害のおそれが著しい。	72時間
医療保護入院	精神病院管理者	① 指定医の診察。 ② 精神障害によりその同意に基づいた入院を行う状態にない者。 ③ 医療及び保護のため入院が必要。 ④ 保護者の同意。	なし
応急入院	適合精神病院管理者	① 医療及び保護の依頼。 ② 急速を要し、保護者の同意を取れない。 ③ 指定医の診察。 ④ 直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しい支障がある。	72時間

以下、各入院形態について詳しく述べることにします。

(1) 任意入院

a) 任意入院は、本人の同意に基づく入院です(法第22条の3)。患者の人権保護の観点から、入院の原則的な形態は任意入院です。

ここでの「本人の同意」とは、入院を拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒まない状態を意味します。これは、民法上の法律行為としての同意とは必ずしも一致するものではなく、未成年者・禁治産者であっても親権者・後見人の同意は不要です。

b) 任意入院患者は、原則として、開放的な環境で処遇(夜間を除いて病院の出入りが自由にできる処遇をいいます)を受け、その旨を入院時に書面で伝えられます。

例外的に、開放処遇を制限しなければ著しく医療又は保護が困難なときは制限を受けます。その場合、制限の理由を患者に対して書面で知らせるように努め、かつ、診療録に記載しなければなりません。また、指定医は72時間以内に診察をしなければなりません。

c) 任意入院患者は随時かつ随意の退院の申出によって退院できるのが原則です(法第22条の4第2項)。

例外として、精神病院の管理者(以下「管理者」といいます)は、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めた場合には、退院の申出の時から72時間に限って退院を制限できます(同条第3項)。

この場合、管理者は72時間以内に医療保護入院等所定の手続をとれないときは、患者を退院させなければなりません。そして、管理者はこの制限を行う場合には、その旨及び患者の権利等を患者に書面で告知しなければなりません(同条4項、資料1)。

(2) 措置入院(都道府県知事による入院措置)

a) 措置入院とは、県知事等の「入院措置決定」により、事実行為たる行政処分としてなされる強制入院です(法第29条)。

b) その要件は、二人以上の指定医の診察の結果が一致して、精神障害者であり、かつ医療及

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(以下「自傷他害」といいます)おそれがあると認められることです。その判定は、厚生省告示によって定められています(法第29条第2項、資料2)。

c) 措置入院患者に対しては、入院時に書面による権利告知がなされます(同条第3項、資料3)。

d) 県知事等は、措置入院患者が自傷他害のおそれがないと認められるに至った場合は、直ちに退院させなければなりません(法第29条の4)。

(3) 緊急措置入院

a) これも県知事等の措置に基づく強制入院ですが、本人を保護するための緊急避難的な制度です。

b) その要件は、法第29条第1項に該当し又は該当する疑いのある者で、急速を要し法第27条ないし第29条所定の手続(措置入院手続)をとれない場合に、指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ直ちに入院させなければ自傷他害のおそれが「著しい」と認められる場合です(法第29条の2)。

c) 緊急措置入院は、入院の時から72時間に限って認められるものであり、県知事等は72時間以内に措置入院手続をとれない場合には、緊急措置入院は自動的に解除になり、患者を退院させなければなりません(法第29条の3)。

(4) 医療保護入院

a) 医療保護入院は、以下の要件のどちらかを満たす場合に、保護者の同意があれば、本人の同意がなくても入院させることが認められる形態です。

特に、任意入院との区分を明確にするために、診療録に任意入院の状態にないことの内容を記載することになっています。

医療保護入院が認められる要件の第一は、指定医の診察の結果、精神障害者であり、その医療及び保護のため入院が必要であって、当該精神障害のために本人の同意に基づく入院を行える状態にないと判定された場合です(法第33条第1項第1号)。

第二には、県知事等が、指定医の診察の結果、精神障害者であり、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で「著しく」支障がある者であって、当該精神病のために本人の同意に基づく入院を行える状態でないと判断され、かつ、保護者(選任保護者の選任がされていない場合は、扶養義務者〔法第34条第2項〕)の同意がある者を医療保護入院のために移送した場合です(法第33条第1項第2号、第34条第1項)。

b) 保護者は、後見人又は保佐人、配偶者、親権を行うべき者及び扶養義務者ですが、保護者が数人ある場合には、その義務を行うべき者は、後見人、配偶者、親権を行う者、選任保護者(家庭裁判所が扶養義務者のうちから選任する者)の順とされています(法第20条)。

保護者がいないとき又は保護者がその義務を行うことができない場合には、市町村長が保護者になります(法第21条)。

c) なお、保護者について法第20条第2項第4号の家庭裁判所の選任手続中は、選任されるまでの間、4週間に限り、本人の同意なく入院させることができる特例があります(法第33条第2項)。

d) 医療保護入院を行った場合、管理者は県知事等に対して、入院の時から10日以内に、規則第13条に定める事項に、保護者が署名した入院同意書を添付して届出することを義務づけられています(法第33条4項)。

e) 管理者は患者に対し、入院時に書面で権利等を告知すべき義務があります(法第33条の3、資料4)。例外として、病状に照らして医療保護上支障があると認められ、管理者が遅滞なく省令で定める事項(規則第15条)を診療録に記載した場合には、入院時から4週間以内に限り、書面による告知をしなくてもよいとされています(法第33条の3但書)。

(5) 応急入院

a) 応急入院は、厚生大臣の定める基準に適合するとして県知事等が指定する指定病院の管理者が、保護者・扶養義務者以外の者(親せき、友人等)より医療保護の依頼を受けて、急速を要し、

保護者の同意を得られず(医療保護入院の要件を満たさない場合)、かつ、以下の要件のどちらかを満たす場合には、本人の同意がなくても、72時間に限り入院させることが認められる入院形態です(法第33条の4)。

b) 応急入院が認められる要件の第一は、指定医の診察の結果、精神障害者であり、直ちに入院させなければその者の治療及び保護上「著しい」支障がある者であって、当該精神障害のために本人の同意に基づく入院を行える状態でないと判定された場合です(法第33条の4第1項第1号)。

第二には、県知事等が、急速を要し、保護者・扶養義務者の同意を得られない場合に、指定医の診察の結果、精神障害者であり、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で「著しく」支障がある者であって、その精神障害のために本人の同意に基づく入院を行える状態でないと判定された者を応急入院のために精神病院に移送した場合です(法第33条の4第1項第2号、第34条第1項)。

c) これも患者の保護のための緊急避難的入院であり、応急入院の時から72時間に限り許容されるものですが、72時間以内に医療保護入院手続がなされない場合は、患者の人権保護のため、退院させなければなりません。

d) 応急入院の場合にも、管理者は、県知事等への届出(法第33条第4項)や本人への書面による権利等の告知が義務づけられています(法第33条の5による第29条第3項の準用)。

4. 入院の場合の県知事等による移送

(1) 措置入院・緊急入院のための移送(法第29条の2の2)

県知事等は、措置入院・緊急措置入院の場合、入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置にかかる病院に移送しなければなりません(同条第1項)。

県知事等は、この移送を行う場合、当該精神障害者に対し、移送を行う旨その他の事項を書面で知らせなければなりません(同条第2項)。

(2) 医療保護入院のための移送(法第34条)