

県知事等は、指定医による診察の結果、精神障害であり、かつ、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」支障がある者について、本人の同意がなくても、次の場合には、精神病院に移送することができます。

- ① 保護者の同意がある場合(同条第1項)。
- ② 保護者について家庭裁判所の選任を要し、かつ、選任されていない場合に、扶養義務者の同意がある場合(同条第2項)。
- ③ 急速を要し、保護者(第2項の扶養義務者)の同意を得ることができない場合(同条第3項)。

(3) 移送の手續

上記(1)、(2)のいずれの場合にも、移送による患者に対する人権侵害を防ぐために、移送のための「事前調査票」、移送の経過を示す「移送記録票」、指定医が行った診察の結果を示す「診察記録票」、患者本人に移送を告知する書面など、移送の記録を書面で記す手續が必要です。

5. 退院等の請求と精神医療審査会

(1) 退院等の請求

いずれの入院の場合でも、入院患者又は保護者は県知事等に対し、以下のことを請求する権利があります(法第38条の4)。その請求は、書面又は口頭ですることができ、弁護士も代理人として請求できます。申立に際しての記載事項は規則22条で定められています(資料5)。

① 退院請求

措置入院では退院させること、その他の入院では管理者に対する退院させよとの命令をなすことを請求できます。退院の理由としては、入院の必要性がないこと(入院の要件を欠くこと)を具体的に記載する必要があります。

② 処遇改善請求

入院処遇のために必要な措置を採ることを請求できます。改善の理由には、懲罰として閉鎖病院に入れられた、隔離された、又は身体拘束されたなどの理由を具体的に記載する必要があります。

(2) 精神医療審査会の審査(法第38条の5)

a) 入院患者等の退院等の請求は、県知事等

に対して行います(法第38条の4)。

具体的には、県の保健環境部などの都道府県精神保健主管部局に請求書を提出します。なお、2002(平成14)年4月1日以降は、精神保健福祉センターがこの事務を取り扱うことになります。

患者は弁護士若しくはその他の者を代理人に選任して請求することができます。このように、精神医療審査会への請求については、弁護士以外の者も患者の代理人になることができますが、弁護士とそれ以外の者とでは権限が異なっており、弁護士にしかできないことが多いことに注意が必要です。

b) 県知事等は、これらの各請求があった場合、請求者・患者・管理者等に請求を受理したことを通知し、かつ、その請求内容を精神医療審査会に通知して、入院継続の必要性や処遇が適当かどうかについての審査を求めます。

そして、県知事等は、この審査会の審査結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は当該精神病院の管理者に対して、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければなりません(法第38条の5第5項)。

県知事等は、請求の時からおおむね1か月以内に審査結果を通知すべきものとされています。

c) 精神医療審査会の審査において、患者本人及び代理人である弁護士は意見聴取の対象となることができるとともに、意見陳述に参加することができます(同条第3項)。

また、審査会には、入院患者の同意を得て、委員に診察させ、入院病院の管理者等に報告を求め、診療録等の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問を行うなどの調査をする権限があります。

精神医療審査会は、同一人から提出された2回目以降の請求については、既に審査を行った合議体とは別の合議体で審査を行うこととされています。

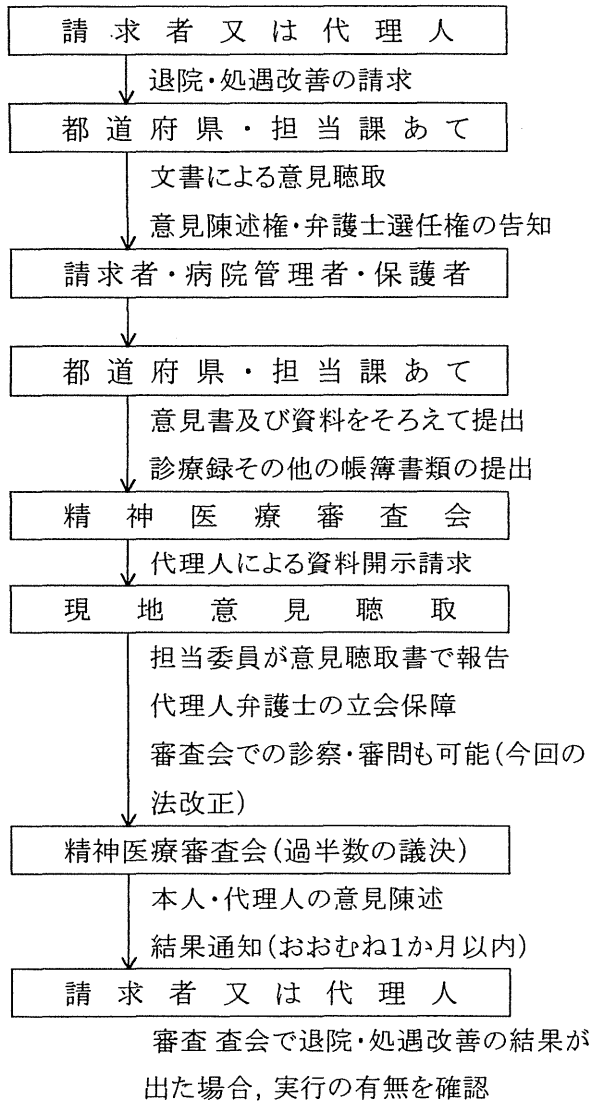
また、1年半以上の長期入院患者に対する審査については、入念に審査することとされています(資料6)。

d) なお、先に述べましたように、精神医療審査

会は、管理者からの定期的病状等の報告書又は届出に対する審査も行います(法第38条の2, 第38条の3)。

e) 精神医療審査会への退院及び処遇改善請求のフローチャートは次表のとおりです。

〈審査会手続のフローチャート〉



(注)

精神医療審査会の事務局は、2000(平成14)年4月1日から精神保健福祉センターに移行する。

6. 入院患者の行動の自由とその制限

(1) 制限を受けない弁護士等との電話・面会及び信書の発受

精神病院の管理者は、入院中の者に対して、その医療及び保護に欠くことのできない必要最小限

度の範囲内で行動の制限をすることができるものとされています(法第36条第1項)。また、県知事等は、措置入院、緊急措置入院及び医療保護入院のための移送を行うに当たり、指定医が必要と認めるときは、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、厚生大臣が定める行動の制限を行うことができます(法第29条の2の2第3項, 第34条第4項)。

しかし、以下の行動については、法第36条第2項の規定に基づき厚生大臣が定める「行動の制限」であって、絶対に制限することができません(資料7)。

① 電話

入院患者が、代理人の弁護士又は法務局等の人権擁護に関する行政機関の職員に自由に電話をすること。

管理者は、電話機を自由に利用できる場所に設置し、人権擁護に関する行政機関等の電話番号を見やすい所に掲示するよう義務づけられています(資料8)。

② 面会

入院患者が、代理人若しくは代理人になろうとする弁護士及び人権擁護に関する行政職員との面会を自由になすこと。

面会は立会いなしに秘密でできるのが原則ですが、患者や面会者の希望により、又は病院が医療若しくは保護のために特に必要がある場合には、病院職員は面会に立ち会うことができるものとされています。

代理人となろうとする弁護士が面会を求める場合は、弁護士名、所属弁護士会、患者氏名、患者又は保護義務者の依頼を受けて代理人になろうとすることを書面で明らかにすることが定められています。ただし、どのような方法によって依頼を受けたか(依頼ルート、依頼書類等)については、明らかにする必要はありません(「精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健福祉法の運営上の留意事項」昭和63年5月13日健医精発第16号精神保健課長通知第六・2)。

③ 信書の発受

入院患者は、信書の発受を自由にすることができます。ただし、管理者は、刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受診信書に限っては、患者に開封させ、異物を取り出して信書を手渡すことができます。この措置を採った場合には、診療録にその旨を記載すべきものとされています。

(2) その他の者との電話・面会

入院患者と家族ら院外にある者との電話・面会は自由であるのが原則です。そして、管理者は、このことを患者及び保護者に文書又は口頭により告知しなければなりません。

ただし、管理者は、病状の悪化、治療効果を妨げるなどの医療又は保護の上で合理的理由がある場合に合理的な方法・範囲で制限することができます。

管理者が患者の電話・面会を制限する場合は、制限したこととその理由を診療録に記載し、適切な時期に本人及び保護者に制限を行ったことを告げる義務があります。

(3) その他の行動の制限

管理者は入院患者に対して、指定医が必要と認めた場合には、以下の行動の制限を行うことができます。ただし、当該指定医は、遅滞なく制限の内容、制限時の症状、制限開始の年月日及び時刻等を診療録に記載しなくてはなりません(規則第18条、資料9)。

① 患者の隔離

内側から患者本人の意思によって出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより、当該患者をほかの患者らから遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限りません。

12時間を超えない隔離については、指定医の判断を要するものではありませんが、この場合でも、その要否の判断は医師によらなければなりません。また、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させる場合には、本人の意思による書面が必要です。

② 身体的拘束

衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の

制限をいいます。

(4) 書面による権利等の告知

いずれの入院の場合であっても、県知事等・管理者は入院時に患者に対して、その入院の形態、信書の発受の自由と制限、弁護士等との電話・面会の自由、退院等請求権に関する事項を書面で告知することが義務づけられています(規則第5条、第7条、資料10)。

7. 管理者の定期病状報告

管理者は県知事等に対し、入院の時より、措置入院患者については6か月ごとに、医療保護入院患者については1年ごとに、病名、病状又は状態像の経過の概要、処遇に関する事項及び今後の治療方針等を記載した報告書を提出しなければならないことになっています(法第38条の2、規則第19条、同第20条)。

8. 県知事等の報告徴収

県知事等は、必要がある場合には、管理者に対して、入院患者の病状、処遇に関して報告を求め、又は診療録等の提出若しくは提示を命令することができます。さらに、県知事等の職員又はその指定する指定医に病院への立入り、診療録等の検査、患者や保護者等の関係者への調査や診察をさせることができます(法第38条の6)。

9. 県知事等の処遇改善命令

県知事等は、患者の処遇や行動制限が法第36条に違反し、又は第37条第1項に適合していない等の場合には、管理者に対して、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画書の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又は処遇改善のために必要な措置を命令できます(法第38条の7第1項)。

また、県知事等は、必要と認めるときは、任意入院、医療保護入院、応急入院の患者について、その指定する2名以上の指定医の診察の結果が入院継続に一致しない場合、若しくは入院手続が法律や命令に違反して行われた場合には、管理者に患者を退院させることを命令できます(法第38条の7第2項)。さらに、厚生大臣又は県知事等は、病院管理者がこの命令に従わないときは、入院医

療の全部又は一部を制限させることができます(法第37条の7第3項)。

IV 精神保健相談に関するQ&A

Q. 1

精神病院に入院中の患者から、「自分が承諾もしていないのに強制的に入院させられた。こんなことは許されないのではないか」という相談がありました。

患者本人の同意がなくても入院させられる場合にはどのようなものがあるのでしょうか。

A. 1

精神障害者の入院の在り方としては、本人の同意に基づいて入院する「任意入院」が基本です。精神保健福祉法では、精神病院に対して、本人の同意に基づいて入院が行われるように努力する義務を課しています(法第22条の3)。

本人の同意に基づかない入院形態としては、「措置入院」(法第29条)、「緊急措置入院」(法第29条の2)、「医療保護入院」(法第33条)、「応急入院」(法第33条の4)の四つがあり、概略はⅢ・3に一覧表としてありますので、参照してください。

Q. 2

精神病院に入院中の患者から、「自分がどうしてここに入院させられているのか理由が分からない」といった相談を受けることがよくあります。

精神障害者への入院に関する告知はどのようになされているのでしょうか。

A. 2

任意入院の場合、精神病院の管理者は、精神障害者本人から自ら入院する旨を記載した書面を受け取らなければならないとされています(法第22条の4第1項)。この同意書によって「任意入院」を確認することができます(資料11参照)。治療計画書を作成して交付することもありますので、求めてみる必要があります。

任意入院以外の場合には、いずれの入院形態でも、精神病院の管理者は本人に対して、当該入院措置を採る旨及び退院や処遇改善のために県知事に対して請求をすることができる旨を書面で知らせなければならないとされています(法第29条第3項、第33条の3)。

したがって、相談者が入院時にどのような入院形態を採られたのかを確かめることが必要ですが、患者本人が自らの入院形態を理解していないこと

もまれではありません。そのようなときには、精神病院に問い合わせをする必要が生じる場合もあります。

なお、医療保護入院の場合、精神障害者の症状に照らして、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる場合には、上記の書面による告知を4週間に限って延期されている場合があります。

この場合には、精神病院の管理者はその内容を診療録に記載しなければなりませんので、医療保護入院の決定に際して患者を診察した指定医にその理由を問い合わせることが必要となります。

また、緊急入院措置が措置入院に切り替えられたり、応急入院が医療保護入院に切り替えられていることもありますので、気をつけてください。

Q. 3

精神病院に入院中の患者から、「退院したいのに、病院が退院を認めてくれない。どうしたらいいだろうか」という相談がありました。

精神病院入院患者の退院に関する制限はどうなっていますか。

A. 3

任意入院の場合は、退院するのは患者の自由ですから、精神病院の管理者は退院の申出があった場合には退院をさせなければなりません(法第22条の4第2項)。したがって、任意入院の場合に退院が制限されることは建前としてはありませんが、実際には任意入院の患者が退院したいと訴えるケースは決して少なくありません。

こういったケースでは、よく話を聞くと、「退院しても、すぐ医療保護入院に切り替える」と病院から言われていることがあります。このような場合には、精神病院の管理者に対して退院を求めるとともに、正式に都道府県知事(あるいは政令指定都市の市

長。以下「県知事等」といいます)あてに、入院患者の代理人として退院請求を行ってください。

なお、任意入院であっても、例外として、指定医の診察の結果医療及び保護の必要があると認められた場合に、72時間の範囲内で退院させないことができることとされています(法第22条の4第3項)。

措置入院や医療保護入院などの本人の同意に基づかない入院の場合は、精神病院に入院中の者の代理人として、県知事等あてに退院請求(措置入院の場合)又は退院命令請求(医療保護入院の場合)を行ってください。

Q. 4

退院請求をすると、どのような手続が行われるのでしょうか。

A. 4

退院請求がなされた場合、県知事等は精神医療審査会に対して、入院の必要性があるか否かについて審査を求めます(法第38条の5第1項)。

精神医療審査会は、特に必要がないと認めた場合を除いて、請求者・患者本人・代理人及び当該精神病院の管理者・主治医などの意見を聞きます。さらに、必要があると認めた場合には、その他の関係者の意見を聞くこともあります。請求者やその代理人は、この機会に入院の必要性がないことを具体的に訴えることとなります。

患者の代理人として、入院の必要性について核心を突いた意見を述べるためには、事前に主治医と面会して、医療記録などの閲覧を求めながら、入院の必要性についての見解をよく聞いておくことが

必要です。また、今回の法律改正で審査会は診療録などの提出命令や審問をすることができるようになりましたので(法第38条の5)、活用すべきでしょう。

精神医療審査会の審査の結果、入院が必要でないと認められた者については、県知事等はその者を退院させ、又は精神病院の管理者に対して退院させるよう命じなければなりません。

なお、精神医療審査会は、請求を受理した日からおおむね1か月以内(やむを得ない事情がある場合でもおおむね3か月以内)に審査結果を出すようになっていますので、患者の代理人としても、この期間内に十分な対応ができるように努める必要があります。

Q. 5

入院の必要性に関して、精神医療審査会でよく問題となるケースを教えてください。

A. 5

医療保護入院をしていて病状が軽快の方向にある患者について、退院後の受入れ環境が整わないために入院が長期に及んでいる場合や、本人に「病識」がないということで通院困難と判断されて入院が継続されているケースがよく問題となります。この場合、「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って、当該精神障害のためにその同意に基づいた入院を行う状態」(法第33条)にあるか否かの判断がなされることとなります。

前者(退院環境の不備)については、保護者も含めて、親族の間で受入れの環境について話合いの機会を持ち、受入れ環境がどうしてもできない

場合には、保護者変更の申立(法第20条第2項、第3項)をする必要がある場合も生じてくるでしょう。

なお、保護者としてその義務を行う者がいない場合には、精神障害者の現在地を管轄する市町村長を保護者とすることもできます(法第20条第3項)。

後者(病識欠如との診断)については、患者が自己の病状について認識し、あるいは認識し得ることを裏付ける事実を収集し、任意入院や通院治療が可能であることを明らかにする必要があるとあります。

Q. 6

退院後の受入れ環境についての話合いで、保護者から「患者の監督について責任を持てるかどうか心配なので、できれば退院させないでほしい」と言われました。

保護者はどのような法的責任を負っているのでしょうか。

A. 6

精神保健福祉法は、1999(平成11)年の改正(平成12年4月1日施行)によって、第22条から、従来保護者に過重な負担を課すこととなっていた、いわゆる「自傷他害防止監督義務」の規定を削除しました。

これまで、この条項を根拠にして民法第714条の法定の監督責任が認められてきましたが、今回の改正によって、同法の法定の監督義務者から除外されることとなります。

ただし、保護者は引き続き「治療を受けさせ」、

「財産上の利益を保護し」(同条第1項)、「診断が正しく行われるよう医師に協力し」(同条第2項)、「治療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従い」(同条第3項)、「退院する者を引き取り」かつ「管理者の指示に従わなければならない」(法第41条)などの義務を負っています。

したがって、治療を受けさせるためにできる努力をなし、医師の指示に従って援助をしていれば、患者に対しても、第三者に対しても、何らの法的責任も負担しません。

Q. 7

精神医療審査会の審査を待たず、また、これと並行して県知事等の積極的な対応を求めることはできないのでしょうか。

A. 7

「措置入院」に関して、県知事等は入院患者が入院を継続しなくても自傷他害のおそれなくなつたと認められるに至った場合には、直ちにその者を退院させなければならないと定められていますので(法第29条第4項)、県知事等が入院措置の解除を自ら行うよう求めることも必要になる場合がありますでしょう。

「任意入院」をしたが、72時間の範囲で退院制限を受けている患者や、「医療保護入院」、「応急入院」の措置を受けている患者について、県知事等は2名以上の指定医に診察させて、各指定医の

診察結果が「入院を継続する必要があること」の点において一致しない場合や、これらの入院が精神保健福祉法及びこれに基づく命令等に違反して行われた場合には、精神病院の管理者に対して、当該患者を退院させることを命ずることができます(法第38条の6)。

以上のように、精神医療審査会の審査を経ずに、県知事等が積極的に退院命令を発するよう求めることもできますので、そのような職権発動をうながすための活動も重要です。

Q. 8

精神病院に入院中の患者から、「この病院はまるで刑務所のように自由がない」との苦情相談がありました。

入院患者の行動の自由に対する制限はどのようになっていますか。

A. 8

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければなりません。

処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明した上で制限を行うように努めるとともに、患者の症状に応じて最も制限の少ない方法で行われなければならないとされています。

精神病院の管理者は、医療又は保護に欠くことのできない限度においてのみ患者の行動について必要な制限をすることができます(法第36条第1項)。しかし、「許されない行動の制限」を厚生大臣が定めていますので(法第36条第2項)、その内容

については資料7を御覧ください。

なお、行動の制限のうち、患者の隔離と身体的拘束については、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができません(法第36条第3項)。

患者の隔離とは、内側から患者本人の意思によっては出ることのできない部屋に一人だけ入室させることにより、当該患者をほかの患者から遮断する制限をいい、12時間を超えるものを指します。

身体的拘束とは、衣類又は綿入り帯等を使用し、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいいます。

いずれにしても、少なくとも任意入院者に対しては、開放処遇を徹底させる必要があります。

Q. 9

精神病院に入院中の患者から、「外部との連絡や手紙のやりとりが自由にできない」との苦情相談を受けました。

入院患者の通信や面会の自由に対しては、どのような制限が許されていますか。

A. 9

精神病院入院患者の病院外の者との通信や面会は、患者と家族、地域社会との接触を保つものとして、医療上も極めて重要な意義を有するとともに、患者の人権保障の観点からも重要なものですので、原則として自由に行われる必要があります。

精神病院の管理者は、医療又は保護に欠くことのできない限度において、患者の行動について制限をすることが許されていますが（法第36条第1項）、信書の発受を制限することは、厚生大臣が定める「許されない行動の制限」として、禁じられています（法第36条第2項、資料7）。

外状によって刃物や薬物等の異物が同封されていると疑われる受信信書については、患者自身に開封させ、異物を取り出して信書を渡すこととされています。

また、人権擁護に関する行政機関の職員や患者の代理人である弁護士との電話連絡、面会を制限することは禁じられています。面会制限の禁止については、患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士を含みます。

弁護士との面会については、精神病院の職員の立会いなくして面会できることが保障されています。

なお、院内で患者が自由に行動できる開放処遇を行っている病院では、患者の離院防止や院内秩序を維持するために、出入りする人をチェックしている場合があります。これは、程度にもよりますが、院内における開放処遇を維持するために必要な処置と判断されるものは、必ずしも不当な面会制限とはいえないでしょう。

Q. 10

入院中の患者に対する行動制限に不当な点があると判断される場合、どのような手続を採ることができるのでしょうか。

A. 10

入院患者に対する行動の制限が、精神保健福祉法に違反したり、患者の人権保障の見地から看過できない不当な点がある場合には、入院中の患者又はその保護者は、県知事等に、精神病院の管理者に対して処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じるよう請求することができます（法第38条の5第1項）。

請求を受けた県知事等は精神医療審査会にその処遇が適当であるかどうかに関して審査を求めます。

精神医療審査会は、特に必要がないと認めた場合を除き、請求者本人・代理人と精神病院の管理者・主治医の意見を聞かなければなりませんし、さらに、必要と認めたときは、その他の関係者の意見を聞くことができるほか、診療録などの関係帳簿の提出命令及び審問を求めることができますので（法第38条の5）、入院中の患者はこの機会に処遇の不当性を訴えることができます。

県知事等は精神医療審査会の審査結果に基づき、処遇の改善のため必要な措置を採ることを命じ

なければなりません。

精神医療審査会の審査結果を待つだけでなく、県知事等は、入院患者に対する処遇が精神保健福祉法の規定や基準に適合していないと認めるときやその他処遇が著しく適当でないとき

は、精神病院の管理者に対して、処遇改善のために必要な措置を採ることを命じることができますので(法第38条の7)、県知事等に対してこのような改善命令の発動をうながすことも重要です。

Q. 11

精神病院に入院中の患者から、「ここから救出してほしい」との相談を受けました。
まず何をすべきでしょうか。

A. 11

まず、患者に対してどのような入院措置が採られているのかを把握する必要があります。

その上で、救済の訴えの理由が「入院の必要がないのに入院を強制された」(例:自傷他害のおそれがないのに措置入院がなされたなど)という点にあるのか、「入院手続が法に従って行われていない」(例:指定医の診察も受けずに医療保護入院がなされたなど)という点にあるのかを明らかにしなければなりません。

また、入院中の行動制限が過度にわたっているため、処遇に不満を持って退院を希望している場合もあります。

このように、患者が求めていることは何であるかを明確にし、患者に対して採られている入院措置の実態について情報を入手するためには、何よりもまず患者本人に面会することが肝要です。

精神障害者の中には、自分の置かれている状況を正確に伝えることができない人もいます。

このような障害を乗り越えるためにも十分な時間を取って患者本人に面会することが極めて重要です。

精神病院の中から、患者が「救済依頼」や「面会依頼」の電話をかけてくる場合は、話の内容が抽象的であったり、分かりにくい場合があります。電話を利用しての通話は精神病院の関係者に監視されていたり、そうでなくても、患者自身が監視されていることを懸念している場合がありますので、電話の会話だけで面会の必要性がないと即断することは避けるべきです。

是非、患者本人に面会するように心がけてください。

Q. 12

患者と面会して相談に応じる場合、どのようなことに気をつけたらいいでしょうか。

A. 12

患者の中には、薬の副作用などのために理解能力や会話能力が低下し、入院や処遇の経過を十分に話せない人がいます。また、精神障害と知的障害が併存しているために、会話さえ満足にできない人もいます。

このような障害を克服するためには、患者の訴えをゆっくり時間をかけて聞く姿勢を示すことが必要です。面会に行くときは、時間に余裕を持って臨み、患者の訴えを根気よく聞くように心がけてください。

その上で、病棟なども見せてもらい、患者の置かれている状況をよく知るよう努めてください。

Q. 13

精神病院における入院措置や処遇について不満がある場合の救済方法について教えてください。

A. 13

精神病でもないのに医療保護入院をさせられているとか、自傷他害のおそれもないのに措置入院させられているというように、入院の必要性自体を争う方法としては、県知事等に対する退院等の請求をし、精神医療審査会の審査を求める方法があります(Q. 4～Q. 5参照)。

法に従った手続が踏まれていないというような手続上の瑕疵を主張する場合には、医療保護入院・応急入院については、県知事等に対して改善命令を求めることができます。

措置入院は行政処分ですから、これに対する手続上の瑕疵を主張して争う方法は、行政訴訟としての取消訴訟です(もちろん取消訴訟では措置入院の必要性を争うこともできます)。

処遇の不当性を訴えたい場合には、県知事等に対して改善命令を求めることができます(Q10参照)。

このほか、入院措置や処遇改善についての一般的な救済方法としては、人身保護請求も可能です。

人身保護法第2条は、「法律上正当な理由によらないで身体の自由を拘束されている者」に救済を与えるとしています。人身保護規則第4条は、さらに拘束の違法性が顕著であることを救済の要件としています。

これを受けて、判例は次のように判示していますので、人身保護請求が有効である場合は限られています。

「人身保護法に基づく救済の申立は、ある者が

身体の自由を拘束されている場合において、その拘束又は拘束に関する裁判若しくは処分がその権限なしに行われ、又は法令の定める方式若しくは手続に著しく違反していることが顕著であるときにはじめて許容される(人身保護規則第4条参照)ものであって、被拘束者が精神衛生法33条に基づき、精神病者として精神病院に収容されている場合においては、その入院について適法に選任された保護義務者の同意がない場合、あるいは、被拘束者が精神障害者でありその医療及び保護のため入院の必要があるとの判断に、一見明白な誤りがあると認められる場合に限って、この救済が与えられるものと解すべきであり、ことに、後者の診断の当否に関しては、これが医学的判断に関する事柄であることを考えるならば、担当医師がその資格を有しないとか、あるいは第三者と通謀して、他の目的のために被拘束者を拘束しようとした等、右診断が、医学的常識を逸脱した目的又は方法によってされたことが疎明され、その結果、右診断に基づいて被拘束者を拘束することが許されないような場合に、初めて、拘束の違法性が顕著であるというべきものと解するのが相当である」(最高裁・第三小法廷昭和46年5月25日判決。判例時報635号106頁以下)。

なお、人身保護請求が認容された事例として、東京高裁昭和55年3月4日判決(判例時報976号65頁以下)があり、棄却された事例として、東京高裁昭和51年3月23日判決(判例時報814号116頁以下)があるので参照してください。

V 精神医療に関するQ&A

Q. 1

精神分裂病とはどのような病気ですか。

A. 1

その昔は早発性痴呆、そして現在では精神分裂病と呼称されています。その名称からくる重圧感
は圧倒的で、診断された患者や家族を苦しめてき
ました。このようにスティグマを有する病気であるこ
とを理解すべきでしょう。

この病気の存在を否定する医師はいませんが、
その病気の性質、成因、分類については多くの議
論を残しています。ここでは狭義の精神分裂病と、
分裂病型障害や妄想性障害などの広義の分裂病
圏の疾患に分けて述べます。

精神分裂病は20歳代前後に発症し、妄想や幻
覚など思考や知覚の障害、そして両価性や鈍麻し
た感情により特徴づけられる症状を有します。

これらの症状は陽性症状と陰性症状に分類され
ます。

陽性症状は妄想や幻覚など形をなした症状のこ
とです。考えが声となって聴こえる考想化声や考想
吹入、考えが奪われたり周囲に伝わる考想奪取や
考想伝播、関係・被害妄想、被影響体験、注察妄
想や幻聴、誇大的で荒唐無稽の妄想やテレパシ
ー体験、思考の流れが途絶したり挿入する滅裂思
考、興奮や常同姿勢、拒絶症や緘黙、昏迷がそれ
に当たります。

陰性症状は無気力、会話の貧困、感情の鈍麻
及び不適切さ、社会的な引きこもりなどで無言、無
関心を示し、その中心に自閉があります。精神分
裂病というと陽性症状が取り上げられますが、これ
らは薬物療法に反応も良く、むしろ陰性症状が中
核的 symptom と考えられています。また時間経過の中
で陽性症状優位から陰性症状優位に移行してい
きます。

このような症状経過により、妄想型、破瓜(はか)
型、緊張型、単純型に分類されています。これらに
加えて、経過の中で残遺型、分裂病抑うつがありま
す。

精神分裂病の臨床経過は以前考えられていた
程は重篤ではなく、また近年は軽症化していること
が指摘されています。5分の2が治り、5分の2が固
定して安定し、5分の1が進行性に経過するといわ
れています。しかし、慢性の経過をたどるために、
治療だけではなく社会的援助を必要としています。

広義の分裂病圏の疾患ですが、分裂病型障害
と持続性妄想性障害、急性一過性精神病性障害、
分裂感情障害がこれに当たります。以前はそれぞ
れ分裂病人格、パラノイア、急性精神病、非定型
精神病と称されて精神分裂病とは一線を画して理
解されています。

Q. 2

精神分裂病に対する基準的な治療プログラムはどのようなものですか。

A. 2

精神分裂病に対する治療は、薬物療法、精神
療法、社会的療法の三本柱が必要です。

薬物療法が今日の開放医療やコミュニティケア

を可能にさせたといっても過言ではありません。特
に陽性症状に対しては効果的です。このため薬物
の維持投与が重要になりますが、いつも適切な薬

物の投与を行っているのかという治療者側要因と、服薬を正しく継続しているのかという患者側の要因とで維持が困難となる場合があります。前者は過剰投与が、後者は服薬中断が主な問題です。

精神療法ですが、病気を含めて自分自身の理解をうながす方向、周囲、特に家族など身近な人との関係を調整する方向、心配なことや不安なことを上手に回避することを学ぶ方法などがあります。

個人のカウンセリングを中心にするものから、グループを形成して行う集団療法、生活そのものを治療的にする治療共同体、家族関係の変化によりコミュニケーションの在り方を改善する家族療法、教育的配慮をした生活技術訓練、作業療法など様々です。いずれも症状に合わせて安心と安全、信頼を回復していくことが目的となります。そして正しい病気理解を得て生活をしやすい人間関係(治療関係)を形成することが目的となります。

社会的療法は近年わが国でも進歩してきた領域です。障害を持った生活者として病気を理解し、自

立した生活が困難な場合は援助付住居(グループホーム、援護寮)、就労に支障があるときには職業的リハビリテーションとして共同作業所、職場適応訓練、授産施設などがあります。

このほかに在宅生活を支援するための訪問活動(訪問看護、保健婦による訪問)、集う場としてソーシャルクラブなどがあります。

障害を持ったまま普通の社会生活をする「ノーマライゼーション」の考えが少しずつ定着しつつあるものの、これらは障害者の市民的権利として見守り支援していくことが求められています。障害者とその協力者による市民運動の盛んな地域では、これらの社会資源が豊かになってきています。

1993年12月に障害者基本法が制定されました。さらには市町村単位で精神障害者に対する福祉施策の策定が進められています。利用者の市民の声が届くように声を大にして、必要な援助を求めていく運動が必要です。

Q. 3

躁うつ病はどんな病気ですか。その治療プログラムはどのようなものですか。

A. 3

気分(感情)障害は、その経過により躁病、躁うつ病、うつ病に分類されています。躁とうつの気分障害に加えて、各種の身体症状が合併して症状を形成します。また執着性性格や循環性性格などの病前性格が加わり、さらには発病に関与する状況の有無により病像や経過が異なってきます。

躁病エピソードでは高揚した気分、身体的・精神的活動性の増加が特徴です。多弁となり落ち着かず社交性も増し、睡眠欲求の減少で疲れ知らずといった軽躁状態から、活動過多、気分高揚、刺激性が高まり、談話心迫、著しい不眠などにより通常の社会的抑制が失われ注意を保持できなくなるなど中程度の躁状態、あるいは誇大妄想や刺激性が増し、焦燥感も強まって被害妄想等精神病症状

を伴う重度の躁状態もあります。

うつ病エピソードは抑うつ気分、興味と喜びの喪失、及び活力の減退による易疲労感の増大や活動性の減少が認められます。症状としては集中力と注意力の減退、自己評価と自信の低下、罪責感と無価値観、将来に対する悲観的な見方、自殺の観念や行為、睡眠障害、食欲不振がみられます。これらの多くは日内変動をきたし、典型的には午前中により気分が重く夕方には改善します。また便秘、めまい、頭重感などの不定愁訴や身体症状を伴うこともあります。このうつ病エピソードも軽、中等度から罪業妄想さらには昏迷など精神病状態を伴う重度のものに分類されています。

躁うつ病は躁病エピソードとうつ病エピソードの

両極が反復してくる病態を示します。躁とうつが交互にくるだけではなく、うつ病エピソードの反復に躁病が混入するものなど様々です。

これらの気分障害は「リズムの病」の側面があり、治療はこの観点より組み立てられます。睡眠を確保し休息と活動の生活リズムを回復させていくこと、余分な刺激を避け興奮を鎮め、不安を軽減することがそれに当たります。

Q. 4

いわゆる心因反応という表現を耳にしますが、これはどんな病気でしょうか。

A. 4

心因反応という病名は多用されますが、正確な表現ではありません。心理的ストレスに引き続いて起こる一過性精神病状態を示しますが、これは現在急性一過性精神病性障害とされます。うつ状態を呈すると、短期抑うつ反応になります。典型的な出来事としては死別、配偶者や職を不意に失うこと、結婚、事故、災害などによる心理的外傷など急性ストレスに基づきます。またストレス関連障害とし

基本的には薬物療法をベースとし躁病エピソードにはリチウム製剤、うつ病エピソードには抗うつ剤が使用されます。反復を繰り返す難治例もありますが、多くは休息と薬物療法に反応して回復します。維持療法については分裂病のそれ程は必須のものではなく、経過によっては治療の終了をきたす症例を多くみまます。

て、無感覚や情動鈍化、自閉、回避、抑うつ、不安、適応障害など神経症圏内の症状を呈するする場合を含みます。

このために便宜的にこの病名が使用されることが多く、分裂病の告知がためられて、心因反応と伝えるなどがそれに当たります。本来治療は病状の正確な告知により始まるといってもよく、安心して病名を告知できる条件を整えることが求められています。

Q. 5

中毒性精神病ないし薬物依存はどのような病気ですか。原因物質によって症状や経過はどのように異なりますか。

A. 5

中毒という語は、例えば一酸化炭素中毒のように、その物質の直性毒性により起こる病気を表します。反復して物質を摂取しようとする行為を依存と表現しています。ここでいう中毒性精神病も曖昧なものを多く含んでいます。このために薬物の使用や、使用に引き続いて出現する精神病状態を中毒性精神病とし、反復して薬物を摂取する抑制困難な行為を薬物依存と表現します。

わが国で問題になっている薬物は、アルコール

と覚せい剤それにシンナーです。アルコールは薬物の一種で、カフェインやニコチンもそうです。長い歴史の中で人間が上手に付き合うことができるようになった薬物といえます。最近では精神安定剤や鎮痛剤、せき止めなどに常用量薬物依存をきたすケースや、コカイン、マリファナ、モルヒネなど麻薬やそれに類する薬物への依存をきたすケースもありますが、まだ少数です。

アルコール依存は、この中でも一番症例も多く

身近な病気といえます。アルコールを大量に飲酒した結果、飲酒に対するコントロールを失い連続飲酒をきたします。アルコールを断つと、それに引き続いて手の震え、発汗、焦燥感、不眠などの自律神経症状を主にする離脱症状を呈します。これがアルコール依存です。この離脱期に幻聴(離脱初期)や幻視(離脱後期)などの幻覚や、せん妄状態など精神病状態をきたすとアルコール精神病と診断し、先の中毒性精神病の範疇に入ります。このほかにアルコール性痴呆やアルコール性嫉妬妄想などもこのアルコール精神病に入ります。

ここで注意しなければならないのが、アルコール依存では中毒性精神病とはならず、このため、平成12年改正の精神保健福祉法でも、入院に際しては任意入院ですし、強制的な治療は行い得ません。酩酊中の問題行動(多くは記憶をなくす)はアルコールによる急性中毒の問題で、これも精神病の中には入りません。

覚せい剤はアルコールと異なった依存を示します。これは中枢神経系に覚せい作用を持ち、極期には幻覚や妄想を引き起こします。直接作用として中毒性精神病をきたします。また覚せい剤の使用は禁じられていますので、使用そのものが薬物依存とみなされます。また狭義の離脱症状はないとされていますが、覚せい剤の慢性毒性により、持続性精神病状態を起こす場合がありますし、1回の使用や他の薬物の使用、暗示だけでも一過性に連続使用時の幻覚の出現(フラッシュバック現象)をみることもよく知られています。また分裂病と似た人格変化をきたすことも報告されています。

Q. 6

中毒性精神病(薬物依存)に対する治療プログラムはどのようなものですか。原因物質によっても異なるのでしょうか。

A. 6

中毒性精神病に対する治療は大きく分けて二つの目標があります。急性期の症状(酩酊や精神病

シンナーはアルコールに似て中枢神経には抑制的に働きます。しかし、幻覚は連続使用時に認められ、中毒性精神病をきたします。また覚せい剤と同様の持続性精神病状態やフラッシュバック現象も報告されています。明確な離脱性症状を示さない点でも覚せい剤と類似しています。シンナーは少年期に流行し、青年期には終了するか、他の薬物へ移行していきます。しかし、まれに大人になっても継続して使用する症例もあります。人格形成期の薬物使用は大きな傷跡を残し、薬物問題の出発点がここにあります。

これまで福岡県では、薬物依存症だけでは精神保健福祉法の対象とならないために、人格障害との合併と診断するケースが多いようです。生活保護の医療扶助でも、アルコール依存だけでは認められず、主病名は人格障害とされています。確かに過度にアルコールを含む薬物に依存する背景には、何らかの人格上の脆弱性を認めることはできるでしょうが、積極的に人格障害と診断するには慎重であるべきです。

平成12年4月より施行される改正精神保健福祉法では、これまでの中毒性精神病を改めて「精神作用物質の急性中毒又はその依存症」とし、覚せい剤慢性中毒者(ここでは依存の意味)のみ別項(法第44条)に挙げていたのを廃止して、アルコール・薬物のすべての依存症もこの法律の対象としています。これにより、アルコール依存も法律のもとで医療保護入院の対象になるのかなど論議を呼ぶ一方で、薬物依存に対する福祉施策が同法のもとで行われることも可能となりました。

状態)に対応する解毒治療と、薬物依存からの回復を目的とする治療です。前者は1日から長くて2

週間以内に終了します。後者はその方法において様々な選択肢があります。また、わが国には解

毒治療センターはなく、どの部門がこの任に当たるのか決められていません。酩酊は警察の保護の対象でしょうし、覚せい剤使用も法律の規制の下にあります。現実の場面ではどこも対応せずに混乱しているともいえます。後者の依存からの回復については考えが整ってきました。

アルコール依存の治療は一昔前の保護的な方法から、自主性を重んじた方法に変化してきました。久里浜方式と呼ばれる自主的入院、治療教育的な集団療法プログラム、外来の通院、抗酒剤などの薬物療法がそれで、入院期間も3か月前後と決められ、長期入院を避ける傾向にあります。最近では入院そのものを避けて外来での治療プログラムを組む所も出ています。これらの治療が目的とするところは、自らアルコール依存と認識する手伝いを病院が行い、断酒を動機付けし、その後は自助グループ(断酒会、A. A.)につないでいくことであり、その後の断酒継続や酒で害した諸関係の回

復は、自助グループに参加することで得られるとする治療の流れがあります。

他の薬物は基本的にアルコールと同じと考えられていますが、多くの困難があります。第一に自主的な治療意欲が得られにくい、第二に人格の未成熟や人格障害のために円滑な対人(治療)関係が作りにくい、第三に自助グループが未組織で回復のモデルが得られないなどが、この困難の由来です。

覚せい剤やシンナーは同時に法律問題でもあり、今後は医療と司法がなすべき役割を調整し、司法からのダイバージョンを検討すべきです。

先に挙げた薬物依存への治療システムは、民間の薬物依存回復施設であるダルクの登場で大きく変化しました。既に福岡県では九州ダルク、北九州ダルクが活動をしており、それを核に九州内にも6か所のダルクが展開しています。回復者自身による運営で、これまでの一方向の治療と異なる成果を上げています。また薬物依存の自助グループN Aも広がりつつあり、これらを育てていくには市民や医療、法律関係者の意識改革も大切です。

Q. 7

いわゆる思春期精神病といわれるものにはどのような疾患がありますか。その治療上の注意は何ですか。

A. 7

近年躁うつ病の若年発症が注目をあびています。躁うつ病は青年期後期や中年期の疾患と考えられてきましたが、若年化がみられます。精神分裂病も、小児分裂病など早期発症の症例は以前より報告されていました。このほかにも思春期危機症として一過性精神病状態が好発する年代でもありません。

狭義の精神病状態ではなく、小児・青年期に発症する行動及び情緒障害には次のようなものがあります。

多動性障害、家庭内暴力や登校拒否、非行な

どの行為障害、抑うつ性行為障害、分離不安などの情緒障害、緘黙症などの社会的機能の障害、精神性食思不振症などの摂食障害も思春期に発症することが通例です。特に今日増加しているのは摂食障害です。これは一つの病気というより症候群としての性質があり、女性に多い疾患です。体重が急速に低下して、ときとして死の転帰をとることもあります。精神病とは異なる病態に対して強制的な治療を行う法的根拠が問題視されています。

またその実態に注目を集め始められた児童虐待

も、その結果として子どもに心の傷を残すことが報告されています。

これらの発達途上にある時期の発病で注意しなければならないことは、今後の発達により経過が大きく変化していくことです。発達を見守り育てていく視点が大切です。

また、発病や症状形成に家族、特に親の持つ役割が大きいことです。親の持つ病理性の反映が大

きく関与しているため、親の治療も重要なことです。専門的な家族療法が採用されるのもこの時期にある患者とその家族です。

また医療だけではなく子どもをめぐる教育、福祉、保健、児童相談機関、司法、さらには子どもをめぐる市民の援助活動のネットワークが大切ですが、まだ十分に機能しているとは言い難く、これからの課題です。

Q. 8

人格障害は病気ですか。

A. 8

精神保健福祉法は精神障害の定義の中に精神病質を含めています。精神病質の定義は「その性格のために自らが悩み、社会が悩む」とされています。今日では精神病質に代わって人格障害と呼ばれることが多くなりました。

人格は生物学(遺伝)的基礎に成育上の環境や出来事によって幼児期から青年期に現れ、成人期まで持続的に発達します。思考、行動、対人関係などのある傾向、個人的並びに社会的状況に対する反応のある傾向(パターン)です。外向的な人もいれば内向的な人もいます。き帳面な人もいれば、大ざっぱな人もいます。自己顕示的で外罰的な人もいれば、何事にも控えめで内省的な人もいます。短気な人もいれば冷静な人もいます。これらは正常な性格ですし病的とはいいません。

このために人格の障害はどこから「病気」と判断するのが困難です。結果として起こった行動により、その人格が取り上げられる結果重視の判断です。また、人格として積み上げられたものであることから、「不変」のものとされており、治療の対象ともなりません。

このように人格障害を病気として扱うには問題が多くあります。しかし起こった行動を解釈するには便利な概念のため多用されているのも現実です。

人格障害は以下のように分類されています。妄

想性、分裂病質性、非社会性、情緒不安定、演技性、脅迫性、不安性(回避性)依存性などがそれです。それぞれの性格傾向は字に表れたそのものです。これらは単独だったり複合して存在します。ここでは非社会性人格障害と情緒不安定性人格障害を取り上げます。

非社会性人格障害は精神病質概念の中核をなすものです。社会的規範からの逸脱や持続的な人間関係が持続できず、フラストレーションへの耐性が低いことから暴力傾向に走りやすく、罪悪感を感じることができず、体験、特に刑罰から学べないなどの特徴を有します。これは累犯者のそれであり、凶悪な犯罪者に取り上げられる性格です。これはこのような事件を起こした人の特徴をまとめてみれば、このような性格傾向があったというものです。医療的(治療の)対象にはなりません。

これに比して、医療の対象として取り上げられることの多いのが情緒不安定性人格障害の境界型です。元来は精神分裂病と神経症の境界線上にある疾患という位置から、人格障害の一型という理解に変わってきました。情緒が不安定で、不安定な対人関係や、空虚感、感情的危機が繰り返されて自暴自棄な行動や両価的な行動がみられます。経過中に一過性精神病状態を呈することもあり、治療の対象となります。行動化を起こす懸念があり

ますが、医療として対応できる部分を縮小して考

え、主に外来での治療対象とされています。

Q. 9

精神科における薬物療法とはどのようなものですか。またその副作用はどのようなものがありますか。

A. 9

精神科における薬物療法は治療の大きな柱となりました。精神科で使用される薬物は、その効果の反面、服用する患者に眠気やだるさ、ふらつきや振戦など不快感をもたらす場合も多くみられます。このために、維持療法として服薬が必要であるにもかかわらず中断する例が多くみられ、再発の一因となっています。

精神科で使用する薬物は大きく三つのカテゴリーに分類できます。抗不安作用や睡眠作用をもたらす系統の薬剤、抗精神病作用を有する薬剤、気分障害に使用される抗うつ剤や抗躁剤がそれぞれです。

薬物療法については、その指針(アルゴリズム)を作る動きが近年盛んとなりました。しかし実際の臨床場面では、多剤併用など首をかしげる処方が横行している現状にあります。外来では段々と医薬分業が進み、また薬剤情報や相互作用の情報を提供する病院も増えていることに期待したいものです。

次に各薬剤について、その作用と副作用を述べます。

抗不安剤はベンゾジアゼパム系薬剤(BZ系)が大半です。今日わが国で使用されるBZ系薬剤は20種類を超えており、抗不安作用の強いものを安定剤、催眠作用の強いものを睡眠剤、抗けいれん発作のあるものを抗てんかん剤として使用しています。BZ系の薬剤は相互に置き換えが可能です。神経症(パニック障害や強迫性障害など)や不眠症などの病気に投与しますが、不眠や不安を理由に分裂病圏などにも使用する傾向にあります。多種類のBZ系薬物が使用されている場合は、総量

でどれ程服用しているのかが問題となります。副作用としては、眠気やふらつき、過度に服用した場合にその時の記憶欠損(前向性健忘)をきたすことがあります。また大量では依存性もあり注意を要します。

抗精神病薬は幻覚・妄想状態に対する効果と、鎮静を目的として使用する場合があります。主に精神分裂病の治療薬として使用され、幻覚や妄想などの陽性症状にはブチロフェノン系(ハロペリドールなど)が効果的ですし、亢奮などを鎮めるにはフェノロシアジン系(クロープロマジンなど)が有効とされています。またこれらの薬物は投与量により効果が異なり、少量では賦活で、多量では鎮静の効果を有するものもあります。また従来のもドーパミン作動薬に加えてセレトニンにも作動する薬効(リスペリドン)も登場し、陽性症状にも陰性症状にも効果を有するものもあります。これらの薬剤の反応は個人により大きな違いがあり、このために、ハロペリドールに関しては血中濃度を測定しながら投与を行うこともあります。これは持続性の注射製剤デポ剤(ハロマンズなどのデポ剤)で1か月に1度の筋肉注射で血中濃度を測定しています。

抗精神病薬の副作用は、急性投与により生じた眠気、集中力低下、倦怠感があり、錐体外路症状として手の震え、筋強直、眼球上転などの筋緊張異常、じっとしておれない着座困難(アカシジア)があります。自律神経症状としては、起立性低血圧、口渇、便秘、排尿困難があり、このほかに薬疹、肝機能障害、重篤なものでは悪性症候群(錐体外路症状、発熱、意識障害)があります。また遅発性副作用として、遅発性デスキネジアやディストニアな

ど筋緊張異常や異常運動、水中毒(過飲水)があり、これらは非可逆的であることが多く、治療に困難をきたします。このほかに月経異常や肥満、皮膚色素沈着、心電図の変化などもみられます。

このように副作用が多彩であることは抗精神病薬の現状として知っておく必要があります。しかし、抗精神病薬を使用せずに精神分裂病を治療することは困難です。もし副作用を正確に伝えて投薬を勧めたとしたら、服薬を拒否する患者も多いでしょう。臨床の現場では薬物の必要性和副作用の早いチェック、それも当事者や家族へ理解をしていたくプログラムが大切になっています。

抗うつ薬はうつ病の治療薬として三環系抗うつ剤(イミプラミン、アミトプチリン)や四環系抗うつ剤(ミアンセリン)に加えて、近年SSRI(ルボックス)が登場しています。副作用としては、口渇、便秘、排尿困難、かすみ目、立ちくらみ、頻脈、眠気などが

あります。躁状態へ転じさせたり、躁うつ病根の急速な繰り返し(ラピッドサイクル)をきたすこともあり、状態の把握は大切です。

躁病の安定には炭酸リチウムやテグレトールが使用されます。このため、躁うつ病の場合には炭酸リチウム等を基剤として使うことが通例になっています。炭酸リチウムは血中濃度をモニターしながら使用し、血中濃度が高値になると中毒症状(食思不振、悪心、嘔吐、振戦、運動失調、めまい、けいれん、意識障害など)を呈することがあります。

以上、簡単に薬物の作用と副作用を述べてきました。大切なことは、薬物療法は必要最小限において行われるべきであること、そして至適な量は当事者である患者と身近にいる家族、治療する側の医師らによる協同作業で決まっていくことだという認識です。

Q. 10

精神病院のシステムについて説明してください。

A. 10

わが国の精神医療の中心は精神病院にあります。全国で35万床の病床を有しています。今、その精神病院が内外から大きく揺さぶられ変化しようとしています。

第一には、入院よりは在宅医療へという流れです。現在の医療費制度では、短期間の入院の方が長期間の入院よりも高く支払われます。そして、外来活動やディケア、訪問看護などに手厚くなってきています。このために、活発な病院では急性期のみ入院とし、以降はディケアやナイトケアなど外来での治療に移行させています。

第二に、精神保健福祉法は病院内での通信面会権を保障し、退院の審査を請求できる権利などを通して病院をガラス張りにしたことです。それはまだ十分とはいえませんが、それでも一方的で不合理な入院は減少してきました。それに加えて、本来の

行政より独立した第三者機関の果たす役割は大きなものがあります。

第三に、自発的入院—任意入院の導入です。現在は開放率が40%と低く、任意入院が閉鎖病棟に入院するなどの矛盾が多くみられます。今後は任意入院を開放病棟に入院させなければならないと規定されましたので、変化を見守りたいものです。

第四に、病院以外の社会資源が少しずつ整えられてきたことです。精神科クリニックが増えてきました。共同作業所やグループホームも、家族会や市民の努力でできています。東京のJHC板橋では医療運動と市民運動、さらには当事者の自助活動が一体となり、クラブハウス形式(ファウンテンハウス)による新しい活動が生まれて注目をあてています。ここでは、ケースワーカーが中心となって運営が始ま

り、これまで医師主導の医療とは異なる明るく、自由で民主的な運営がみられます。当事者運動も盛んで、自助グループやピアカウンセリングが注目されています。

病院以外の活動により、再び病院の機能の再編成が始まっています。より専門化した病院(例えば

アルコール病棟や、思春期病棟、急性期治療病棟など)が生まれていく一方で、ケアを重視した療養型病棟があります。

大きく変化しようとする精神医療の行末を注意深く見守る必要があります。