

ド コンセントに関する規定などについては、心神喪失者等医療観察法では、①行動制限等に関して社会保障審議会の定める処遇基準を遵守すること、②対象者等は社会保障審議会に対して処遇改善請求を行えること など現行の精神保健福祉法とほぼ同様の規定がおかれているだけである。

指定医療機関における治療の実際については、入院処遇ガイドライン（案）や通院医療ガイドライン（案）などが、公表されている。その中では、①対象者本人に対する説明と同意を旨とした医療、②外部委員を含めた新病棟外部評価会議（仮称）による病棟運営の評価、③外部委員を含めた新病棟倫理会議（仮称）による治療内容の評価と電気痙攣療法等特殊な治療の施行に関する審査、などが提案されている。しかし、患者から正当なインフォームド・コンセントが得られない場合の対処等に関する具体的手続や、外部評価会議や倫理会議の委員構成の詳細や具体的な審査方法や判断基準等についての踏み込んだ検討がなされているわけではない。

社会保障審議会に対する処遇改善請求の具体的な手続や審査の方法については、現時点では必ずしも明らかではなく、現行の精神保健福祉法に規定される精神医療審査会への処遇改善請求についても、その審査実績は極めて少ない。心神喪失者等医療観察法の指定入院医療機関を担うことが予定されている医療関係者からは、外部の権利擁護機関の積極的な関与が望まれているが、精神科医療機関と病院外の権利擁護機関との連携は現状では必ずしも十分なものとはいえない。

## 2 イギリスにおける人権擁護システム

イギリスの 1983 年精神保健法による治療

処分制度は、あくまでも責任能力のある者に対して刑罰の代替として行われる処分であり、刑罰の対象とされない心神喪失者等を対象とする心神喪失者等医療観察法との間には、制度として根本的な相違がある。また、イギリスの司法精神医療施設（高保安度病院や地域保安病棟）は、通常の病棟より高い保安度をもった治療環境での治療が必要と考えられる患者を対象としており、多くの欧米諸国の司法精神医療専門施設やわが国の指定入院医療機関のように、重大な触法行為を行った患者のみを対象としているわけではない。したがって、1983 年精神保健法の人権擁護規定も、治療処分を含め重大な触法行為を行った精神障害者だけを対象としたものではなく、強制入院患者全体を対象としたものとなっている。

人権擁護システムとしては、精神保健審判所（Mental Health Review Tribunal）と精神保健法委員会（Mental Health Act Commission）の 2 つの機関が重要である。

精神保健審判所は、大法官（Lord Chancellor）の司法権のもとにある準司法機関で、精神保健法による強制入院の適否の審査を行う。精神保健審判所の審理は、大法官によって指名された法律家（lawyer、chairman を務める）、医師（medical member）、非専門家（lay member）の 3 人で構成される合議体（panel）が行う。精神保健審判所の審判に関しては、①法曹資格を持った者（通常、事務弁護士）が患者の代理として付き その費用については法律扶助制度の対象とされていること、②患者の治療やケアに関わるすべての人が関係した聴聞が開かれること、③精神保健審判所の合議体を構成する医師による面接が事前に行われること、④定期的・自動的な審査が行われること、などの特徴がある。

心神喪失者等医療観察法における入院継続の申立や退院許可の請求等に関しては、最高裁判所による審判規則が未定なので、その具体的な手続については不明な点が少なくないか、法文上は イギリスの精神保健審判所の手続とほぼ同様のものが規定されているといえよう。

精神保健法委員会は、「精神保健法によって強制入院させられているすべての人の利益を保護する」ための機関であり、医療機関からは完全に独立した第三者機関である。

その任務は多岐にわたるか、主に以下の業務を通して、精神保健法の運用、特に精神保健法に基づく強制権限の発動状況をモニタリングし、よりよき臨床実践のあり方を検討していくことに、主たる目的があるといえよう。

①精神保健法に侵襲度の高い治療として特別の手続が定められている治療の同意に関する業務 セカント・オピニオンクターの派遣等

②病院等に対する定期的な訪問調査

③病院内処遇に関する苦情の調査

④通信の発受制限に関する審査

⑤行動規範（案）の作成

⑥隔年報告書の作成

こうした、精神保健法委員会の活動の中で、特に注目すべきは、セカンド オピニオンクターの派遣制度と定期的な病院訪問制度である。

### 3 オランダにおける人権擁護システム

オランダの治療処分は、特定の重大犯罪を行った、社会に危険のある者について付され、TBS 処分と呼ばれる。TBS 処分の決定や終了等については刑事裁判所が判断す

る刑事手続き上の処分である。また、処分であることから刑罰との併科が可能である。オランダは日本と同様に起訴便宜主義を採用しているか、重大犯罪については原則的に起訴されるために、日本で問題となるような事実認定の有無が論じられることはなく、TBS 処分の対象となるのは、違法行為を行った責任無能力者と限定責任能力者である。TBS 処分に付された者の多くは限定責任能力者であり、また、8 割近くが人格障害者であるという特徴がある。TBS 処分には、監護付 TBS 処分（閉鎖施設への入院処分）と条件付 TBS 処分（入院によらない処分）とがあるか、ここではおもに監護付 TBS 処分に付された入院治療における権利擁護について述べることにする。

TBS 処分は、前述のように刑事上の処分であることからその手続きは、刑法、刑事訴訟法、行刑法、TBS 監護法等の規定によって運用される。処遇上の本人の権利についても、上記の法により規定されている。TBS 監護法が規定しているのは、手紙の発受の権利、訪問を受ける権利、電話をかける権利等の外部交通や屋外滞留等、収容者の有する基本的権利に関することであり、そのほか、施設における作業、精神保健、懲戒的制裁、帰休についても定めている。オランダ憲法では、身体的完全性の権利が保障されているか、例外的に、収容されている危険な者から社会を保護するため、あるいは、施設における秩序と安全の維持のために、もしくは、本人の健康に対する重大な危険を避けるために必要がある場合、身体的完全性の権利の侵害が認められることか TBS 監護法によって適法とされている。具体的には、強制尿検査、身体検査、

緊急時の強制治療、緊急時の 24 時間以内の身体拘束、居室検査等が許容されるのである。

他方、処分における治療の内容は、後述の監督委員会 (Commissie van Toezicht) を通して司法大臣が監督しているか、基本的には、医療者側の判断に委ねられている。ここでいう「治療」とは、TBS 処分法 1 条 u にいう「他人の安全または社会、もしくは財産の一般的安全に対する当該本人の危険性を減少させることによって、本人の社会復帰か平穏に行われることを目的とした措置」をいい、おもに社会治療である。そのため、治療は患者の同意が必要とされる。これは、治療の性質上、患者の同意が得られなければ治療効果が得られないということによるものである。

人権擁護システムとしては、TBS 処分施設が行刑施設として位置づけられているため、他の刑務所と同様にすべての TBS 施設に監督委員会 (Commissie van Toezicht) が存在する。当委員会は、TBS 処分施設の外部組織として、施設からは独立した第三者機関であり、司法大臣による任命を受けた 6 名以上の者で構成されている。その内訳は、裁判官、精神科医、弁護士、精神疾患の入院医療に関する行動科学的学識を有する者である。監督委員会に課せられた業務は、①自由を剥奪する処分等の監督、②収容者からの苦情受理やそれに付随する施設長と収容者との調停、③TBS 監護法上の条文に定められた事項に定める不服申立手続きの処理、④司法大臣、「刑法の適用と少年保護に関する評議会 (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming)」への情報提供と勧告であり、月に一度会

合を開く。また、委員のうち月ごとに月担当委員 (maandcommissaris) が指名され、月担当委員は施設を月に 2 回訪問し、文書で面接を申し出た収容者と面接を行う。④の委員会からの情報提供については、毎年司法大臣と「刑法の適用と少年保護に関する評議会」に対して活動についての報告書を提出する。

③ていう、不服申立については、監督委員会の一部から構成される不服裁定委員会 (blekcommissie) に対して、収容者は不服申立を行う権利を有している。申立のできる具体的内容は、懲戒的制裁、外部交通 (手紙の発受、訪問を受ける権利、電話の権利) の制限、その他法的権利に関するものである。不服裁定委員会は、審査に必要なすべての情報を入手する権限を有し、施設の決定を無効にすることができる。その裁定に不服がある場合、最終的には収容者側も施設側も、「刑法の適用と少年保護に関する評議会」への上告が認められる。

当評議会は、司法省とは上下関係を有さない、独立した第三者機関であり、この機関も権利擁護機関としての役割を担っている。つまり、司法省の管轄する TBS 施設等行刑施設における収容者にかかわる処遇の裁定について、最終決定権を有しており、処遇状況を監督し司法大臣に勧告を述べる機関としても機能している。年間約 65 回程度、定期的にあるいは特段の理由ある際に訪問し、訪問ごとに訪問報告書を司法大臣に提出する。訪問報告書は、公開されていないが、場合によっては返答を要求する意見や勧告を入れることもあり、訪問結果を処遇面に生かす実効性を確保している。メンバーは議長と評議会員最大 60 人で事務局も

もっており、そのメンバーや、訪問日程等の活動記録については公開されており、透明性が確保されている。

#### 4 人権擁護のために必要なシステム

心神喪失者等医療観察法による医療は、人退院手続や精神保健観察の存在など、従来の精神保健福祉法に基づく精神科医療と比較して、より強制力の強い精神科医療である。また、心神喪失者等医療観察法の対象者は、刑事責任の減免を要するような精神状態（心神喪失等の状態）で重大な他害行為を行った精神障害者であり、このことは、同法の対象者は、少なくとも精神症状悪化時には、重篤な判断能力の障害のある精神障害者であることを示している。こうした、心神喪失者等医療観察法の特性を考えるとき、同法に基づく精神科医療では、従来の精神保健福祉法における精神科医療より手厚い人権擁護のためのシステムが必要と考えられ、権利擁護機関の積極的な関与が必要と考えられる。

欧米における人権擁護システムやわか国の権利擁護システムを検討すると、こうした権利擁護機関のあり方には、いくつかの類型が指摘できる。

##### 1) 権利擁護の必要な領域

権利擁護機関の関与すべき領域としては、大別して、以下の2種類が考えられる。

###### (a) 治療に関するもの

向精神薬の投与や電気けいれん療法の施行、行動の制限（隔離・拘束）など、治療行為に伴う強制。心神喪失者等医療観察法は、単なる拘禁のための法律ではなく、医療のための法律であることを考えれば、刑

事司法施設のように一切の精神科医療の強制を禁止することは非現実的である。しかし、説明と同意に基づく医療を原則とするのは当然としても、対象者の特性を考えれば、精神症状悪化時には、対象者本人の意思に反してでも治療を行う必要性が生ずることはありうるし、仮に対象者本人が明示の拒否はしていない場合でも、判断能力低下のために同意能力を欠き、対象者本人からインフォームド・コンセントを得ることができない場合もありうる。したがって、こうした治療の強制に関しては、適正な手続を定めた上でこれを行えるようにしておく必要かあろう。

人権擁護の観点からは、こうした治療の強制の手続には、治療者と独立した第三者的立場の者が関与することか適切と考えられる。入院処遇ガイドライン（案）で、外部委員を含めた新病棟倫理会議の関与が提案されているのもそのような趣旨を踏まえてのものと考えられる。そして、この場合の第三者的立場の権利擁護者には、対象者の単なる代弁者としての判断ではなく、その最善の利益を考慮した判断が要請されよう。そして、判断すべき事項が精神科治療の必要性や適正さである以上、権利擁護者には、一般人としての常識だけでなく、精神科医療に関する高度の専門知識が求められることになる。

つまり、治療に関する権利擁護に関しては、権利擁護者が治療者とは完全に独立した立場にあることのほかに、治療の必要性等に関して治療者と対等の立場で議論できるだけの精神科医療に関する専門知識を有している必要があると考えられる。こうした点を考慮すると、イギリスで行われてい

るセカンド・オピニオンクターの制度は注目に値するといえよう。

#### (b) 一般的な処遇に関するもの

精神科病院は、治療の場であると同時に居住やリハビリテーションの場としての機能もある。したかつて、病棟内の居住環境、規則、日課に関する苦情等、職員や他の患者とのトラブルや苦情等、精神科治療とは直接の関係はない、一般的な処遇に関する苦情に関しても権利擁護システムが関与する必要がある。こうした一般的な処遇に関する権利擁護に関しては、権利擁護者には対象者本人の代弁者としての機能がより強く要請されよう。また、こうした一般的な処遇に関する権利擁護については、治療に関する権利擁護のような専門的な知識は必要とはされないであろう。むしろ、専門家の判断より、一般人の一般常識に基づく判断の方が、より鋭敏に問題の芽を発見することか可能な場合もあると思われる。ただし、権利擁護にかかわる者には、精神障害者の特性などに一定の配慮かてきるだけの精神保健に関する知識は必要とされよう。

### 2) 権利擁護の方法

権利擁護の方法としては、まず、個々の対象者の代理人等を選任して権利擁護をはかる方法が考えられる。心神喪失者等医療観察法における保護者や付添人、民法における成年後見人等、イギリスの精神保健審判所の手続における患者の代理人や 2002 年精神保健法改正案で提案されている指定代理人 *nominated person* の制度などは、こうした個々の対象者の代理人として権利擁護活動を行っている。心神喪失者等医療観察法による医療においても、個々の対象

者の特性やニーズを考慮した権利擁護をはかるためには、こうした個別の代理人による権利擁護活動は、必要不可欠と思われる。しかし、代理人の選任方法、費用負担の問題、対象者本人か代理人を希望しない場合の対応、代理人に精神科医療に関する専門知識をとの程度期待できるかなどの課題も指摘できよう。

イギリスの精神保健法委員会の活動などをみると、個別の代理人による権利擁護活動だけでは、十分にカバーできない権利擁護活動の領域かあるといえよう。病院等への訪問調査や死亡事例についての調査などは個別の代理人のレベルでは行い得ない活動である。個々の事例のレベルてみると、その特殊性に覆われて隠れてしまうような些細な問題てあっても、多数の事例について情報を収集し、詳細に分析・検討をすることによって問題の存在が明らかにされ、さらには、その基底にあるシステム上の欠陥か解明されることもあると思われる。

したかつて、指定入院医療機関の運用の全体、さらには、心神喪失者等医療観察法による医療の運用全体を見通せるような立場から権利擁護機関が関与していくシステムを確立することか必要と思われる。こうした点からも、イギリスの精神保健法委員会の活動やオランダの監督委員会や「刑法の適用と少年保護に関する評議会」の活動、特に訪問調査や行動規範(案)の作成、報告書の作成と公開、などは注目に値しよう。

### 3) 心神喪失者等医療観察法における医療に関する権利擁護システムのあり方

以上の検討を踏まえ、心神喪失者等医療観察法における権利擁護機関のあり方に関

しては、以下の要素に関する考慮が必要と考えられる。

(a) 独立性

まず、医療提供者や社会復帰調整官等からの独立性が担保された第三者的立場の権利擁護機関が必要であろう。これは、より具体的には権利擁護機関の委員等をどのように選任するか、また、独立した事務局機能等を確立するかどうかの問題に還元されるであろう。

(b) 専門性

精神保健医療の専門家による権利擁護か、あるいはより素人に近い立場での権利擁護か。これは、より具体的には、権利擁護機関の委員の構成（どのような職種の人か委員になるか、また各職種間の定数の配分をどのように考えるか）という問題と、権利擁護機関の判断基準をどのようなところにおくか（一般常識か専門知識か）という問題である。なお、この点については、権利擁護活動の領域による役割分担が現実的なように思われる。

(c) 透明性と守秘義務

指定入院医療機関における治療状況に関する情報公開が必要である。治療の強制や苦情申立・処遇改善請求などの状況に関する統計や権利擁護機関の活動状況についても定期的な報告がなされる必要がある。指定入院医療機関における医療の透明性の確保や医療水準の確保の観点からは、第三者的立場の権利擁護機関による訪問調査が重要であり、それは時には「抜き打ち」で行われることも必要であろう。

なお、心神喪失者等医療観察法の対象者の中には過去に世間の耳目を集めるような重大な他害行為を行った事例も含まれると

考えられるので、権利擁護機関の関与にしても、プライハシーの保護などに慎重な配慮が必要と考えられる。

(d) 説明責任

心神喪失者等医療観察法における医療では、従来以上に医療従事者には説明責任が課されると考えられる。したかつて、権利擁護機関もまた、その判断理由を対象者本人や医療機関等へ開示する必要であろう。さらにいえば、権利擁護機関がこうした説明責任を果たしていくことは、権利擁護機関の判断自体もまた、より公正かつ適正なものとなることか期待される。そして、こうした公正かつ適正な判断が行える権利擁護機関が指定入院医療機関での治療等に関与していくことは、患者の人権侵害を防止するとともに、良心的な精神保健医療関係者か無用のトラブルにまきこまれることをも防ぐことになろう。

現在、ガイドライン（案）で提案されている新病棟外部評価会議や新病棟倫理会議の設置は、精神科に強制入院中の患者に対する精神科治療の強制について、わか国ではしめて、治療者から独立した第三者的立場の専門家か関与し審査することの必要性を明示したものと考えることがてきよう。今後のガイドライン作成作業において、これらの会議か、上記の要件をみたした実効性のある制度として機能することを望みたい。さらに、今後、心神喪失者等医療観察法における医療における実践の積み重ねを通じて、特に法的強制力を伴う精神科医療の対象者すべてを対象とした、真に独立性を担保された常設の権利擁護機関のあり方か検討される必要かあろう。

## D. 結論

心神喪失者等医療観察法による医療は、入退院手続や精神保健観察の存在など、従来の精神保健福祉法に基づく精神科医療と比較して、より強制力の強い精神科医療である。また、心神喪失者等医療観察法の対象者は、刑事責任の減免を要するような精神状態（心神喪失等の状態）で重大な他害行為を行った精神障害者であり、このことは、同法の対象者は、少なくとも精神症状悪化時には、重篤な判断能力の障害のある精神障害者であることを示している。こうした、心神喪失者等医療観察法の特性を考えるとき、同法に基づく精神科医療では、従来の精神保健福祉法における精神科医療より手厚い人権擁護のためのシステムが必要と考えられ、権利擁護機関の積極的な関与が必要と考えられる。

権利擁護機関の関与すべき領域としては、①強制的な治療（強制的な投薬、電気けいれん療法など）や治療上の必要から行われる行動の制限（隔離・拘束）、②一般的な病棟内での処遇、の2種類の領域が想定され、前者についてはより専門的な知識に基づく判断が、後者についてはより一般常識的な判断が必要と考えられた。また、こうした権利擁護機関のあり方に関しては、①独立性（医療提供者からの独立性の担保）、②専門性（精神保健医療に関する一定の知識と経験）、③透明性と守秘義務（権利擁護機関の情報公開の必要性和守秘義務）、④説明責任（権利擁護機関の判断理由の対象者本人や医療機関等への開示）などに配慮する必要があると考えられた。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1 特許取得 なし
- 2 実用新案登録 なし
- 3 その他 なし

平成 15 年度厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）  
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究  
（主任研究者 松下正明）

分担研究課題

## 司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究

（分担研究者 五十嵐 禎人）

### イギリスにおける触法精神障害者の人権擁護

東京都精神医学総合研究所 五十嵐 禎人

#### 1. はじめに

イギリスは正式にはグレート ブリテンおよび北部アイルランド連合王国とよばれ、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北部アイルランドの 4 つの国に分かれている。各国は独自の法律をもち、司法、行政の制度も異なっている。このうちイングランドとウェールズは歴史的に比較的早い時期に統合されたこともあって、制定法や医療の供給体制についてはほぼ同一の体制で行われている（もっとも、ブレア政権による地方分権政策によって 1999 年からウェールズにも独立した議会が設置されたことなどもあり、実務上はイングランドとウェールズの間にも微妙な差異が生じている）。

イギリスの触法精神障害者の処遇制度には、責任無能力者を対象とした 1991 年精神異常と訴訟無能力に関する刑事訴訟法（Criminal Procedure (Insanity and

Unfitness to Plead) Act 1991) と責任能力者を対象とする 1983 年精神保健法（Mental Health Act 1983）第 3 部 Part III に規定される治療処分制度とがある。周知のように、イギリスにおける責任能力判断基準は現在でも弁識能力のみを抗弁とするマクノートン・ルールが使用されており、責任無能力者ないし訴訟無能力者として処遇される触法精神障害者はごく少数である。また、責任無能力者ないし訴訟無能力者として刑事訴訟法に基づいて入院した場合でも、その処遇は概ね精神保健法に基づく処遇と同様である。また、イギリスの現在の司法精神医療専門治療施設は、刑事訴訟法に基づく責任無能力者 訴訟無能力者や精神保健法に規定される治療処分の対象者だけでなく、民事手続による強制入院であっても自傷 他害の危険性が高く一定の保安度のある病棟での治療が必要な患者を対象とした施設である。こうした点は、イギリスの司法精神科医療を考える場合には、心神喪失者 心神耗弱者のみを対象とするわ



か国の心神喪失者等医療観察法、あるいは、同法の適用を受ける患者のみを治療する指定入院医療機関との間には、かなりの相違かあるといえよう。こうしたシステムの相違もあり、イギリスにおいては、司法精神医療のみを対象とした人権擁護システム、あるいは、責任無能力者 訴訟無能力や治療処分の対象者のみを対象とした人権擁護システムは基本的には存在しない。人権擁護のシステムの対象はあくまでも、精神保健法に基づく強制的な精神科医療の対象とされる者すべてを対象としている。

ここでは、1983年精神保健法における強制入院中の精神障害者の人権擁護システムとして、精神保健審判所（Mental Health Review Tribunal）と精神保健法委員会（Mental Health Act Commission）のシステムを紹介する。

## II. 精神保健審判所

精神保健審判所（Mental Health Review Tribunal）は大法官（Lord Chancellor わが国の最高裁判所所長に相当する）の司法権のもとにある法廷（court 弱者が強者に対抗する論争を取り扱う専門的機能を有する機関）の1つであり、その決定は裁判所の判決と同等の意味をもつ。したがって、精神保健審判所の審判は、強制入院中の患者が自らの強制入院の是非について、その拘束権限者（病院や内務省）と争うという対審形式で行われている。なお、従来は、各地域保健局（regional health authority）に対応して、イングランドとウェールズにあわせて15の精神保健審判所が設けられていたが 現在では5つの精神保健審判所（イングランドに4つ ウェールズに1つ）が設置されている。

## 1 構成と機能

精神保健審判所の構成員は大法官によって指名される。実際の審理は、法律家（lawyer、chairmanを務める）、医師（medical member）非専門家（lay member）の3人で構成される合議体（panel）によって行われる。なお、審判の対象者が拘束命令（restriction order 治療処分の1つで、一定の犯罪で有罪となり公共への危険性が高いと考えられた場合に強制入院命令 hospital order に付加される命令。退院や処遇の変更には、原則として、内務大臣の許可が必要とされる。）による入院患者の場合は、法律家は判事てなければならぬとされている。

精神保健審判所は、たとえ審判時点で患者が精神障害に罹患している場合でも、その時点で強制入院が不要と考えられる場合には無条件で患者を退院させることができる。また必要に応じて条件付きの退院を命ずることも可能である。また試験的外出やより拘束度の少ない施設への移送（transfer）を勧告することもできる。なお、退院決定の実行は審判所の定めた条件が整うまで延期することも可能である。また、精神保健法上の診断カテゴリーを変更することもできる。

## 2 手続

患者ないしその近親者（場合によっては患者の代理人になりうる看護者、ソーシャルワーカー）が、書面によって地域を管轄する精神保健審判所に審判の申請をする。精神保健審判所は申請を受理したことを患者、至近の親族（nearest relative わが国の保護者の制度に類似した制度）、病院管理者（hospital manager）、内務省（Home Office たたし拘束命令付きの入院患者の場合のみ）に通告す

る。病院管理者は3週間以内に患者の責任医（RMO Responsible Medical Officer、患者の治療の責任を負う医師、主治医）ならびにソーシャルワーカーの報告書を審判所に提出しなければならない。また拘束命令付きの入院患者の場合は、内務省からも患者の退院の適否についての陳述書 statement の提出が求められる。

申請にあたって患者は自らの法的代理人（legal representation）を選任する権利を持ち、病院ないし法曹協会（Law Society）から適切な弁護士（通常は、事務弁護士 solicitor）のリストが提供される。患者の資産が£3,000以下の場合には法律扶助制度（legal aid）の対象となり、費用の援助が受けられる（assistance by way of representation とよばれる）。

病院等から報告書が提出されると聴聞（hearing）の期日が設定される。聴聞を14日以内に開催することが定められている。Section 2（admission for assessment）による入院を除けば、通常、聴聞の開催までに3～6カ月かかり、拘束命令付き入院の場合には、さらに長期間かかることもあるとされる。

### 3 主治医の報告書について

原則として患者は提出された報告書のすべてに目を通すことになる。ただし医師が「患者やその他の人の健康と福祉のために開示が逆効果であると」指定し、精神保健審判所が患者に対して非開示とすることが適切と判断された部分については患者に開示されない。一般に診断や医師の報告書の内容について患者と討論することには、治療的な意味があると考えられているが、例えば患者の親族から本人に秘密で提供された情報は当然開示す

へきてはしない。

患者の弁護士は事前に患者と自由に面接する権利ならびに責任医と面接する権利を持つ。また弁護士は責任医以外の独立した（independent）精神科医に患者の強制入院の必要性に関する報告書を作成するよう依頼することができる。この場合、報告書作成依頼を受けた精神科医はカルテを含めたすべての情報にアクセスすることができる。また、精神保健審判所の合議体の医療委員も聴聞の前に患者に面接し、また、カルテを含めたすべての情報へアクセスする権利をもつ。

### 4 聴聞（hearing）

精神保健審判所の聴聞は、通常非公開（private）で行われるが、患者が希望し精神保健審判所が患者の利益にかなうと判断した場合には公開で行われることもある。聴聞にあたっては、通常の刑事法廷のような宣誓証言は要求されていない。患者の治療に関係する人はすべて審判の場に招かれる（ただし精神保健審判所が不適切と判断した人は除く）。通常は患者、患者の法的代理人、担当医（責任医ないしその代理の医師）、ソーシャルワーカー、近親者等が審判に参加する。また、審判所は必要に応じてこれら以外の人を審判の場によぶこともある。審判では、まず患者側の意見を聴取し、その後責任医、ソーシャルワーカー、近親者の意見を聴取する。患者によって特に患者自身が審判を申請したのではなく自動的な審査手続によって審判になったケースでは、患者が審判への参加を拒否することもある。こうした場合には、合議体の委員がまず病棟内で患者に面接し、その後患者不在のところで審判を行うことがある。

## 5 精神保健審判所の権限

精神保健審判所の第一の機能は患者の強制入院を継続すべきかどうかを決定することであり、患者に精神科的治療が必要かどうかを直接判断するものではない。また、わが国の精神医療審査会のような処遇改善請求などは取り扱わない。精神保健審判所の権限は患者の入院形態によって以下のようになっている。

### 1) 拘束命令を受けていない患者の場合

(a) 患者が、以下の精神障害に罹患していない場合

- 2条による入院であれば精神障害 (mental disorder)
- 3条ないし 37条 (hospital order) による入院であれば、精神病 (mental illness)、精神発達不全 (mental impairment)、重度精神発達不全 (severe mental impairment)、精神病質 (psychopathic disorder) のいずれか

(b) 患者の精神障害の程度が強制入院に相当するほど重篤ではない場合

(c) 患者を拘束することが患者の健康、安全のため、ならひに他者の保護のために正当化されない

精神保健審判所は、患者を退院させなければならない。挙証責任 (強制入院が必要ではないことを立証すること) は基本的には患者側にある。また、精神保健審判所が退院させた患者を退院直後に別の入院形態で入院させることは可能とされる。

### 2) 保護後見命令 (Guardianship order) の患者

(a) 患者が精神病、精神発達不全、重度精神発達不全、精神病質のいずれにも罹患していない場合。

(b) 患者の健康、安全、ないしは他者の保護のために保護後見命令を継続する必要がない場合

精神保健審判所は保護後見命令を解除しなければならない。

### 3) 拘束命令を受けている患者の場合

精神保健審判所の判断基準は拘束命令を受けていない場合と同様であり 精神保健審判所は基準を満たさない患者を退院させなければならない (1983年法以前は、わが国の精神医療審査会と同様に、精神保健審判所は、退院勧告をすることはできても退院させる権限はなかった)。

退院の決定には、何ら条件の付加されない完全な退院 (absolute discharge) の他に、退院にあたって一定の条件を付与する条件付退院 (conditionally discharge) も含まれる。条件付退院とは、①内務大臣が必要と判断した場合にはいつでも病院に呼び戻せる (recall)、②患者は精神保健審判所が退院時に指定したあるいはその後内務大臣が追加した条件に従わなければならない、という条件の付いた退院である。通常、医療ならひにソーシャル・ワーカーの指導・監督 (supervision) を受けること、ソーシャル・ワーカーの指示した場所に居住することなどが条件とされるが、服薬継続そのものを条件とすることはできないとされる。また、精神保健審判所が提示したすべての条件が整った時点 (例えばホステルへの入所を条件とした

場合には、ホステルへの入所が確定した時点で退院させるという決定（条件満了後退院 deferred conditional discharg）をくだすこともある。また、精神保健審判所の決定には、外出許可（leave of absence）や他の病院（より拘束度の低い病院）等への移送など決定をくだすこともある（拘束命令を受けている患者の場合、通常の手続では、こうした処遇の変更には、内務大臣の許可が必要とされている）。

#### 4) 刑務所から拘束命令つきで移送された患者の場合

精神保健審判所の判断基準は、拘束命令を受けている患者の場合と同一である。しかし、刑務所から移送されてきた患者の場合、患者を退院させて社会に戻すことに関する決定権限は精神保健審判所ではなく、内務大臣にある。したがって、精神保健審判所の機能は、事実上、精神障害の治療のために患者を病院にとどめておくべきか否かについての判断をすることにある。精神保健審判所は完全退院（absolute discharge）かあるいは条件付退院（conditional discharge）かを決定し、内務大臣に通告する。内務大臣には精神保健審判所にその見解を通告するために 90 日間の猶予が与えられる。その期間に内務大臣が患者の退院に同意する旨の通告を行わない場合には、病院管理者は患者を刑務所に戻さなければならない。ただし、精神保健審判所は、条件付退院の場合には、内務大臣が釈放に同意しない場合には、患者を刑務所に戻さずに病院で入院を継続させるべきであると勧告することができる。

未決拘置者（remand prisoner）の場合は、精神保健審判所が入院継続を勧告しないかぎ

り内務大臣は患者を刑務所に戻さなければならない。

#### 5) 自動審査手続（automatical referral）

以下の場合については、患者ないしは近親者からの申請がない場合でも、自動的に精神保健審判所による審判が行われる。

- 3 条による入院 最初の 6 カ月、ならびに以後 3 年毎に、精神保健審判所への審査請求がない場合、病院管理者は精神保健審判所に審査請求をしなければならない。
- 37 条による入院 3 年間精神保健審判所の審査を受けていない患者について、病院管理者は精神保健審判所に審査請求をしなければならない。
- 拘束命令付きの患者 内務大臣はいつでも精神保健審判所に審査請求をすることができ、3 年間審査を受けていないケース、条件付き退院から呼び戻されて 1 カ月以内の患者については精神保健審判所に審査請求をしなければならない。

#### 6) 退院請求の権利のない患者

以下の患者は精神保健審判所に退院請求できない

- 拘束期間が 72 時間以下の入院 4 条、5 条、135 条、136 条
- 35 条 この入院形態は患者が入院に同意していることが前提
- 36 条 未決拘置者を緊急に治

療するための入院形態  
(PD,MI は対象外)

- 38条 治療適合性があるかを  
みるための入院形態

### Ⅲ. 精神保健法委員会 Mental Health Act Commission

精神保健法委員会は、「精神保健法によって強制入院させられているすべての人の利益を保護する」ための機関であり、1977年国民保健サービス法(National Health Service Act 1977)第11条の規定による特別保健局(Special Health Authority)として、地域の保健医療局やその管轄下にある医療機関から完全に独立した第三者的機関である。

#### 1 歴史的背景

イギリスにおいては、すでに18世紀には、精神科医療を監視・監督するための独立機関が整備されていた。1774年には、ロンドンの私設精神障害者収容機関(private madhouse)の許認可と監督の責務を負う精神障害者委員会(Commissioners in Lunacy)の制度があり、この委員会は毎年王立医師学会(Royal College of Physicians)によって選任された5人の医師によって構成されていた。1828年には、Commissioners in Lunacyは、Metropolitan Commissioners in Lunacyへと改組された。この委員会は15人の委員(うち5人は医師)によって構成されていたか、委員の大部分は下院(Parliament)の議員であった。この委員会は、精神科病院と私設精神障害者収容施設(Bethlemをのそく)の監督権限を有していた。1842年

には同委員会の監督権限は、provincial hospitalにも拡張された。1829年から1845年まで同委員会の委員長を務めた Lord Ashley(後の第7代 Shaftesbury 伯爵)は、当時のイギリス精神科医療改善のために行われた種々の法制度整備のために活躍した。

1913年精神薄弱者法(Mental Deficiency Act 1913)によって、Lunacy CommissionerはBoard of Controlへと変革された。Board of Controlの監督権限は、精神障害のために(unsound mind、mentally defective)を理由とした強制入院患者のすべてに拡張され、また、書類のチェック、入退院のレビューのみならず、病院内でのケア水準の監視にも責任を負っていた。

1946年国民保健サービス(National Health Service Act 1946)によって国民保健サービス(NHS National Health Service)制度が開始され、病院の管理・運営体制が変更された後も、Board of Controlは引き続き監視機能を有していたか、1948年にBoardのCommissionerとInspectorは保健省の職員となった。1950年代後半に行われたPercy委員会(Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency)による精神保健医療関連法規の見直し作業の中で、保健省やBoard of Controlは、すべての精神科病院の管理・運営が保健省の責任によって行われるようになったので、Board of Controlのような保健省から独立した監視機関は不要であると主張した。しかし、これに対して、王立医学-心理学協会 Royal Medico-Psychological Association(現在の王立精神医学会 Royal College of

Psychiatrists の前身) や英国医師会 (British Medical Association) は政府から独立した監督機関の必要性を指摘していた。最終的に、Percy 委員会は、病院の管理・運営委員会 management Board の委員指名が保健省とは独立に行われること、また保健省から独立した機関よりは保健省内の機関の方か、その機関の提案した改善策の実現可能性が高いことなどを理由に、独立した監督機関設置の必要性を認めなかった。

1959 年精神保健法 (Mental Health Act 1959) の成立は、18 世紀以来はじめて、精神科入院患者の権利擁護のために精神科病院を訪問する法的権限をもつ機関がなくなったことを意味した。Board of Control の機能の一部は新たに設立された、精神保健審判所 (Mental Health Review Tribunal) に移行した。これに対して、ほぼ同時期 (1960 年) に精神保健関連法規の見直しが行われたスコットランドでは、それまでの General Board of Control for Scotland の権限の多くは政府に移管されたか、新たに政府から独立した権利擁護機関として 1960 年スコットランド精神保健法 (Mental Health Act (Scotland) 1960) のもとに、精神福祉委員会 (Mental Welfare Commission) が設置された。ちなみに、同委員会は、強制入院中の患者以外についても、その保護の対象としていた。

1960 年代から 70 年代にかけての相次ぐ精神科病院における不祥事とそれに対する調査の結果は、患者の権利擁護のためには、精神科病院の医療水準を担保するための独立した機関の必要性を示していた。1983 年精神保健法 (Mental Health Act 1983) への改正作業の中では、強制入院中の患者の

権利擁護、特に精神科治療の強制に関するセーフガードとして、精神保健審判所のような非専門家を含む多職種からなる合議体 (Multi-disciplinary Panel) による同意手続を導入する提案がなされたか、精神科医の職能集団である王立精神科医学会 (Royal College of Psychiatrists) は、スコットランドの精神福祉委員会 (Mental Welfare Commission) のような専門家による独立した監視機関の設立を求めた。

最終的に、1982 年精神保健法改正法 (Mental Health (Amendment) Act 1982) に、精神保健法委員会の設立が規定された。なお、従来の 1959 年法と 1982 年改正法とを統合したものか、現行の 1983 年精神保健法 Mental Health Act 1983 である。精神保健法委員会は、1983 年 9 月 1 日に設立され、1983 年精神保健法が発効した同年 9 月 30 日よりその活動を開始した。

## 2 構成員

精神保健法委員会の構成員は、①委員 (Commissioner)、②セカンド・オピニオンクター (Second Opinion Appointed Doctor SOAD)、③事務管理職、の 3 種類に大別される。

### 1) 委員

精神保健法委員会の委員長 (chairman) ならびに委員は、国務大臣 (法文上は Secretary of State とされているが、実質的には、わが国の厚生労働大臣に相当する保健大臣 Secretary of State for Health) によって任命される。副委員長は国務大臣の任命か、国務大臣が任命しない場合は、委員の互選で決定される。

委員長ならびに委員の任期は任命時に、4年を超えない期間で国務大臣が定めるとされている。ただし、4年を過ぎても再任は可能とされる。委員は公募で、精神保健サービスにおける十分な経験をもち強制入院患者の苦境に十分に共感（empathy）できることか必要とされているか、資格要件は特に定められておらず、また、職種ごとの委員定数に関する規定もない（ただし、2名の推薦人と就業中の人に関しては勤務先から委員会活動従事の許可を得ていることが必要）。実際、委員を務める人のバックグラウンドは、一般開業医（General Practitioner）、精神科医、看護師、心理技術者、ソーシャル・ワーカー、法律家、引退した開業医、ユーザーなど多岐にわたっている。委員は、非常勤であり、1ヶ月に平均2日間精神保健法委員会の業務に従事し、従事した時間に応じて、報酬が支払われる。2003年3月31日現在173名の委員が任命されている。

## 2) セカンド・オピニオンドクター

1983年精神保健法第4部（PartIV）に規定される治療の同意に関するセカンド・オピニオンを提供する医師。少なくとも5年以上の臨床経験を有する精神科上級専門医（Consultant Psychiatrist）から任命される。2001年度には177人のセカンド・オピニオンドクターが任命されていた。なお、精神保健法委員会の委員自身も、セカンド・オピニオンドクターとして活動することができる。

## 3) 事務管理職

事務局長（Chief Executive）と事務職員

（Staff）は、保健省から出向した公務員である。2003年3月31日現在の事務職員の定数は36である。

## 3 組織

精神保健法委員会の組織構成については、同委員会か独自に定めることかできるとされている。精神保健法委員会の設立当初は、3つの地域ごとに調査団（panel）を設置し、事務職員を配置する形式かとられていたが、現在では、中央に事務管理部門を設け、NHSの地域に応じた7つの訪問チーム（visiting team）、3つの高保安度病院（High Security Hospital かつての Special Hospital, Broadmoor, Rampton, Ashworthの3病院）に対する訪問チーム、いくつかの重要テーマに関する常設委員会が設置されている。2003年3月31日現在の組織構成を図1に示した。

委員会の管理運営の責任は、理事会（Management Board）が負っているが、実質的な事務管理は事務局長が行っている。理事会は、国務大臣によって任命された以下の者によって構成される。

精神保健法委員会委員長（理事会の長も務める）、同副委員長、委員の中から国務大臣が指名した者3名、委員会事務局長（chief executive）、財務部長（director of Finance）、委員以外で国務大臣が指名した者2名以下、委員会の委員からBoardの投票で選任された者2名以下。

理事会は、①行動規範に関する提案、②隔年報告書の準備、③委員会活動のマネジメントなどを行う。

精神保健法委員会委員のうち、苦情精査チームの活動を指示し、特に複雑ないし注

意を要する（high-profile）事例の処理に責任を負う委員は、Complaints Co-ordinator とよばれ、月 6 日間精神保健法委員会の中央事務局に勤務する。Complaints Co-ordinator は、強制入院中に死亡した患者の調査にも責任を負う。委員長並びに副委員長、Complaints Co-ordinator 以外の委員は、以下の 2 チームのいずれかに所属する。

- Commission Visiting Teams (CVTs) 各地域における訪問と苦情精査にあたるチーム。地域割りは NHS 事務管理部の地域割に準している。
- High Security Hospital Panels (HSHP) 3 つの高保安度病院に対する訪問と苦情精査にあたる。

#### 4 精神保健法委員会の機能

精神保健法委員会の機能は、1983 年精神保健法ならびに精神保健法委員会（設立と構成）命令（Mental Health Act Commission（Establishment and Constitution）Order 1983）に規定されている。精神保健法委員会の主な機能は、以下のとおりである。

##### 1) 侵襲度の高い治療に関する同意に関する業務

精神保健法に規定された侵襲度の高い治療に関して患者本人の同意能力や治療の必要性を判定するためのセカンド・オピニオンドクターの任命、ならび、侵襲度の高い治療を受けた患者に関する主治医からの報告書の精査

##### 2) 精神保健法に基づく強制権限の発動状況に関する監視

強制入院中の患者を病院へ訪問し、非公開で面接調査を行うこと、ならびに、強制入院や強制入院中の処遇に関する不服・苦情の精査

##### 3) 通信の発受制限に関する審査

精神保健法 134 条によれば、病院管理者は、以下の場合には強制入院患者の郵便物の発受を制限することができる。

- ① 患者が発信しようとしている郵便物の宛先か予め受取を拒否する意思を書面で病院管理者、主治医、内務省のいずれかに対して明らかにしている場合
- ② 高保安度病院に強制入院中の患者で、病院管理者かその郵便物か発信されると病院職員以外の人に対して危害や精神的な苦痛を与えると判断した場合
- ③ 患者の安全や他者の保護のために必要と病院管理者が判断した場合には、患者あての郵便物を差し止めることができる

ただし、②と③に関しては、政府や精神保健審判所やその他の人権擁護機関あての郵便物についてはいかなる場合にも制限できない。また、発受制限の対象となるあるいはその可能性のある郵便物については病院管理者は開封し検査することができる。なお、②、③による郵便物の発受の制限が行われた場合には、病院管理者は 7 日間以内にそのむねならびに精神保健法委員会に不服審査を求めることが



てきるむねを書面で患者ならびにその郵便物の発信者に告知しなければならない。患者ならびに郵便物の発信者は、告知を受けた時点から6ヶ月以内であれば、精神保健法委員会に不服審査を求めることができる。精神保健法委員会の審査の結果、病院管理者による制限が不適切と判断されれば、郵便物の発受の制限は解除される。

#### 4) 行動規範(案)の作成

国務大臣は、精神保健法に基づく入院手続や精神療法の治療に関するガイドンスとして、行動規範 Code of Practice を作成することが義務付けられている。この行動規範は、あくまでも良き臨床のためのガイドンスであり、直接の法的拘束力はない。しかし、法に基づいて作成された規範として、遵守されるべき性格のものと考えられており、医療過誤訴訟などに際しては、行動規範に沿った治療が行われていたかどうかは、裁判所による過失の有無の判断に大きな影響を与えるとされる。

#### 5) 隔年報告書の提出

精神保健法委員会は、その活動状況を2年おきに報告書としてまとめ、国務大臣並びに議会に提出しなければならない。現在までに10冊の報告書が作成されている。

### 5 治療の同意をめぐる手続

#### 1) 治療の同意に関する法手続き

1983年精神保健法第4部には強制入院中の患者の治療への同意手続に関する規定がある。そこでは、治療法をその侵襲度や危険性によって、①精神外科(psychosurgery)ならびに男性の性衝動を抑制する目的で行われるホル

モンの外科的移植、②3カ月を越える投薬と電気けいれん療法、③その他の治療、の3種類に大別し、患者本人の同意の有無や患者の同意能力によってそれぞれ必要な法手続が規定されている。このうち、①②の治療行為については、精神保健法委員会から派遣されるセカンド オピニオンドクターが、病院を訪問して患者や主治医と面接した上で治療の必要性や患者の同意能力について判断し、治療の必要性や患者の同意能力を証明しないかぎりこれを行うことはできない。

#### ①精神外科、性ホルモン移植に関する同意手続

精神外科ならびに男性の性衝動を抑制する目的で行われるホルモンの外科的移植という侵襲性が高く危険で不可逆的な治療法については本人の同意と精神保健法委員会から派遣されたセカント・オピニオンドクターによる認証の両方が必要である(57条 図2参照)。本人の同意については精神保健法委員会より派遣されたパネル(医師1名と非医師2名によって構成)が、患者が治療の目的、性質、予測される効果 副作用を理解した上で、その治療に同意していることを確認する。なお、この規定は法外入院(informal admission 精神保健法に基づかない入院、わが国の任意入院に相当)の患者や外来患者などを含むすべての患者について適用される。

#### ②電気けいれん療法、3ヶ月をこえる投薬に関する同意手続

3カ月を越える投薬と電気けいれん療法については、本人の同意(本人に同意能力があることが確認される場合のみ)ないしは精神保健法委員会から派遣されたセカント オピニオンドクターによる認証が必要である(58条 図3参照)。なお、法外入院の患者につい

ては本規定の対象外であるが、行動規範（Code of Practice）によれば、電気けいれん療法や投薬が治療上必要でありながら本人に同意能力がない場合やこれを拒否する場合には、強制入院手続を行い、本規定の所定の手続を行うべきとされている。

### ③その他の治療

これ以外の治療については、強制入院中の患者に関しては本人の同意なしにこれを行うことが可能である。また、不可逆的ではないあるいは危険ではない治療に関して、患者の救命、重大な症状の悪化や患者自身ないしは他者を危険にさらすような患者の行動を予防するために、あるいは重篤な病状を改善するために、緊急的に必要な治療は主治医の権限で行うことかできる（62条）。

つまり、1983年精神保健法による治療同意に関する手続では、強制入院後3ヶ月以内の患者については特別の手続なしに治療責任医の判断で強制的薬物治療が行えるようになっており、その間に病状判断能力が回復せずインフォームドコンセントを得られない場合に限りその薬物治療の必要性についてセカンドオピニオンオントクターの判断を仰ぐことになる。そして、この3ヶ月という期間の設定は、病識欠如による治療拒否が治療の初期に多いこと、また多くの患者が入院後1～3ヶ月で退院することなどを考えると、臨床の柔軟性と患者の人権擁護とのバランスのとれた制度といえよう。

## 2) セカント・オピニオンオントクターの派遣の実際

治療責任医からセカンドオピニオンオントクターの派遣の要請があると精神保健法委員会事務局は、セカント・オピニオンオントクターと

して登録されている精神科上級専門医（Consultant Psychiatrist）に電話で連絡をとる。精神科上級専門医がセカンドオピニオンオントクターの業務を受諾すると、患者の氏名、入院先、生年月日、精神保健法上の入院形態、主治医の氏名、電話連絡先、提案されている治療法、患者が治療を拒否しているのか、あるいは、治療の性質、目的、予測される効果を理解できないのか（同意能力を欠くのか）についての情報が提供される。

セカント・オピニオンオントクターは、訪問の日程について入院先の病院当局と事前に打合せ、主治医やその他のスタッフなどと必ず面接できるような手配をしてもらう。訪問は通常、月曜日から金曜日までの正規勤務時間帯に行われる。セカント・オピニオンオントクターは、訪問にあたっては、まず、強制入院手続に関する書類を確認し、次いで医師の診療録（必要に応じて看護記録やソーシャルワークの記録なども参照する）を閲覧し、患者の病歴、現在の病状、主治医の治療計画を調査する。その後患者と1対1（患者とセカント・オピニオンオントクターが同意した場合やセカンドオピニオンオントクターが他害の危険を感じる場合には他の者が同席することあり）で面接し、患者の治療責任医と治療計画等について討論し、看護者ならびに医師看護者以外の職種の人（通常ソーシャル・ワーカー、作業療法士など）とも面接する。これらの所見を総合してセカンドオピニオンオントクターは治療の必要性を判断する。なお、精神保健法委員会では1人のセカント・オピニオンオントクターが引き受けるセカント・オピニオン業務は1日に4件までとしている。

2002年度の精神保健法委員会の統計（Mental Health Act Commission Annual

Report 2002-03)によれば 58 条に関するセカンド オピニオンの依頼件数は 9,443 件（3 カ月以上の投薬 7,331 件、電気けいれん療法 2,008 件、両方 101 件）であった。精神保健法委員会では、治療責任医ないし委員会事務局で緊急性が乏しいと判断した場合を除き、電気けいれん療法に関しては、治療責任医の要請から 2 就業日以内、薬物療法に関しては、治療責任医の要請から 5 就業日以内に、セカンド オピニオンクターを派遣することを目標としている。

2002 年度の統計では、薬物療法に関するセカンド・オピニオンの 81%は 5 就業日以内、電気けいれん療法に関するセカンド・オピニオンの 79%は 3 就業日以内に遂行されていた。また、セカンド・オピニオン手続が完了した 8,633 事例のうち、7,333 事例（85%）は主治医の治療計画がそのまま認証されていたが、1,039 事例（12%）では小規模な、261 事例（3%）では大規模な治療計画の修正が行われていた。

## 6 訪問調査

精神保健法委員会は、強制入院患者のいるすべての病院、ナーシング・ホームを対象とした訪問調査を行っている。NHS の地域別に 7 つの訪問チーム（145 名の委員）と高保安度病院に対する 3 つの訪問チーム（28 名の委員）によって訪問は行われる。訪問では、病院全体の管理運営に関する問題から、個別患者のケアの問題にいたるまでのあらゆる問題が取り扱われる。訪問調査では、委員は患者と、当該病院職員の立ち会いなしに面接する権限を有しており、委員が医師であれば、診察することも可能とされる。訪問にあたって、委員には、強

制入院手続に関する書類や診療録を精査する権限も有する。ただし、オンブズマンのように病院職員に協力を強制することはできず、職員が協力しない場合でも、罰則はない。訪問の頻度や方法は、委員会の裁量に委ねられており、時には夜間などの時間外に、また、抜き打ちで行われることもある。訪問の結果は、関係者に通知される。また、議員経由の苦情申立については、報告書を議員に提出しなければならない。

また、精神保健法委員会では、訪問に附随して、強制入院手続に関する各種の書類の精査も行っている。入院時の医師の診断書、強制入院の更新手続に関する書類、外出・退院手続に関する書類の精査を行っている。

このほかに、精神保健法委員会では、ソーシャル・サービスや NHS トラストなどのサービス プロバイダーへも定期的な訪問を行っている。

こうした訪問調査の目的として、精神保健法委員会は以下の事項をあげている。

- 強制入院患者に対するサービスについての定期的かつ詳細なレビュー
- 患者・介護者のサービス利用経験から教訓を得る
- 法の運用に関する経験を引き出すために、ユーザー・介護者 患者会・警察・救急隊などの関係者に会う
- 法の運用に関する医療・福祉サービスの経験を総合する
- よき実践を同定し、それを共有し、さらに発展させる
- 精神保健に関する法と政策の

適用に関する教育

- 各病院の自己評価のための専門的情報や助言の提供
- 法的権限の使用に関する書類の精査
- 公式の書類やケアプランと実際のケアとの間の齟齬を明らかにする
- 改善のための勧告を含む、各病院のサービスに対する専門的かつ詳細なレポートの提供
- アクションプランによって各病院のサービスをさらに発展させるための連携をはかる
- 各病院の自己評価レポートの査定

また、特に懸念される事例に対する特別の配慮として、強制入院中に死亡した全事例に関する報告書の監査や、成人者用病棟に入院した未成年者に対する訪問なども行っている。

精神保健法委員会の統計によれば、2001～2002年度の2年間に、強制入院を受け入れるすべての病院に対して、1病院あたり平均3回の訪問調査が行われた。訪問調査では、強制入院患者との正式な面接と書類精査が13,188件、非公式な面接が6,543件、集団での面接が217件、書類精査のみが14,804件であった。このほかに、社会福祉サービス部門への訪問調査が61件、医療サービス提供者に対する訪問調査が1,461件（うち429件は抜き打ちの訪問調査）、成人者用病棟に入院した未成年者への訪問調査が215件となっていた。また、死亡例に関する調査は、自然死が569件、自然死以外

の原因によるものか201件であった。

## 7 強制入院患者の処遇に関する苦情の精査

精神保健法委員会は、患者自身や第三者的立場の人からの、強制入院に関する苦情申立を精査する権限を有している。ただし、苦情の申立に関しては病院管理者への申立手続が優先されており、精神保健法委員会への申立は、原則として、病院管理者への申立では満足のいく解決かはかられなかった場合のみ受理される。1996年にNHS苦情処理手続（NHS Complaints Procedure）が導入され、病院内に苦情対応専門のスタッフが置かれるようになったこともあり、精神保健法委員会が直接調査にあたるような事例はそれほど多くはなく、2002年度は242件であった。

## IV. 精神保健法の改正作業と人権擁護システム

現在、イギリスにおいては、精神保健法の改正作業が進められている。政府提案による2002年精神保健法案（Mental Health Bill 2002）では、精神障害の定義の改正、強制入院基準における治療適合性基準の廃止（1983年法では治療が病状を改善あるいはその悪化を防ぐために必要と考えられる場合、すなわち治療が患者の利益と考えられる場合のみ強制入院可能と規定されていたが、法案では、治療の利益がなくとも自傷・他害の危険性のみを根拠とした強制入院が可能とされる）、地域社会における精神科治療の強制権限の新設（いわゆる外来通院義務付け制度 outpatient commitment、心神喪失者等医療観察法における精神保健