

14.7%、依存症 13.4%、そして発達障害 10.2%であった。来所相談において、発達障害 20.9%、依存症 18.6%、うつ病・うつ状態 15.0%、そして統合失調症 9.4%であった。訪問相談では、統合失調症 34.7%、依存症 12.5%、発達障害 11.9%、そして知的障害 10.2%であった（図 15）。

障害福祉等のサービスを利用していない割合では、電話相談の 31.6%を占め、来所相談 66.5%、そして訪問相談 36.9%であり、精神科治療の状況では、治療歴なしの割合は電話相談の 21.4%を占め、来所相談 35.3%、そして訪問相談 27.3%であった（図 16）。精神科入院歴なしは、電話相談の 38.6%、来所相談の 79.8%、そして訪問相談の 52.8%であった（図 17）。ひきこもり相談（557 件）において、医学的対応が必要と判断される割合は、電話相談 19.0%、来所相談 12.0%、そして訪問相談 32.0%であった（図 18）。

7) 疾患による特徴について

センターで多く認めた相談や目的に示した相談について、疾患名・状態毎に相談状況別件数を示した（図 19）。発達障害やひきこもりの相談において、定期的に相談を継続している割合を高く認めた。精神科治療の状況では、統合失調症、うつ病・うつ状態、発達障害において、通院中を多く認めたが、依存症については通院中と治療歴なしが同程度であり、他の疾患と比べると過去の治療歴の割合を高く認めた。ひきこもりについては、治療歴なしの割合を高く認めた（図 20）。

8) その他について

その他の対応職種については表 3、疾患名・状態は表 4、そして法制度は表 5 に示した。

D. 考察

全国の 59 箇所のセンターで、平日の連続 5 日間で延べ 3539 件の相談を受けているという結果であった。1年間の平日を 244 日とし、全国に 69 箇所のセンターがあることから、単

純に計算すると、1年間に全国で実に 201975 件の相談に応じていることとなる。同様に依存症については 30590 件、ひきこもりについては 31789 件と推計された。これらの数値は、あくまでも推計であり、必ずしも 1年を通じて調査期間と同様ではなく実際の数は変動が予想されるが、目安とはなりうる。また、本調査の相談者の 42.8%が障害福祉等のサービスを利用しておらず、25.9%に精神科治療歴がないことから、医療機関に相談する前の段階での相談窓口、医療の対象とならない、あるいは医療への受診を迷っている対象者への対応窓口としての役割を担っている可能性が考えられた。また、相談職種として、臨床心理士とその他の臨床心理技術者の割合が最も高くなり、センターの相談業務における重要性を示していた。

ICD 診断に準拠しない疾患名・状態において、統合失調症、依存症、うつ病・うつ状態、そして発達障害の順に多く認め、これら相談を加えると全体の 61%を占めた。平成 24 年度の研究において、センター所長が、今後最も取り組むべき対象疾患（2 つまで選択）として挙げたものとして、うつ・躁うつ病（63.6%）、統合失調症（30.3%）、そして発達障害（30.3%）が上位を占めたが、実態調査においては、依存症の割合を高く認め、社会的なニーズが反映されていた。また、少数であっても、性同一性障害、犯罪被害、クレプトマニア（窃盗症）、そしてモラルハラスメントなど多様な相談を受けていることが示され、専門的技術機関としての重要性が伺えた。依存症においては、違法ドラッグ（当時）の相談は、覚せい剤、麻薬、大麻などの従来からの違法薬物の相談よりも多くなり、ギャンブル依存、処方薬関連、そしてインターネット依存の相談といった新規の相談の占める割合は、アルコール関連相談の割合を上回った。相談内容別では、電話相談と訪問相談では統合失調症への対応が多く、来所相談では発達障害と依存症への対応が多いことも示され、疾患の特性に合わせたアプローチが実施され

ていた。

平成20年9月下旬に全国保健所長会により全国54箇所のセンターにおいて調査が実施されている。同調査における衛生行政報告例に基づく相談内容から、来所・訪問・電話相談の報告数から新たに計算すると、老人精神保健2%、社会復帰23%、アルコール3%、薬物1%、思春期7%、心の健康づくり31%、そしてその他が33%となった。項目が増えていることもあり、あくまでも参考となるが、平成26年度の調査と比較すると、社会復帰、心の健康づくり、その他の割合が低下していた。老人精神保健と思春期の相談が微増し、アルコールが2倍、薬物が6.5倍と割合が顕著に増加していた。また、センターにおいて、ひきこもりの相談の占める割合が高い事が示された。ひきこもりは、社会的な状態像であるが、医学的対応が必要と判断される割合は全体で16.0%と判断されており、訪問相談の対象者でその割合は32.0%と高くなるが、多くの対象者では、経過観察や家族支援での対応が行われていることが示された。

センターでの相談項目では、対応、日常生活支援、社会復帰、医療の継続・中断、そして就労が大部分を占めており、精神疾患を抱えながらも住み慣れた身近な地域で、生活するための支援のニーズが伺えた。

回答が得られた精神保健福祉法以外の関連法としては、半数において生活保護法が関与しており、生活困窮の問題と切り離すことのできない現状が改めて示された。そして、相談者の支援においては、様々な法律を考慮して支援を行っていることも示された。

E. 結論

全国の実態調査から、センターでは心の健康づくりから、精神科受療よりも前の段階での相談・支援、受療後は日常生活支援、そして障害者サービスを受けていない方への対応など、心の問題に関する様々な領域に渡る相談のニーズに応じていることが改めて示された。

医療機関へかかる前段階で早期に対応する

ことは、受療の遅れを防ぎ、結果的に早期の社会復帰となるため、予防を含めた対応にもつながり重要である。また、社会情勢の影響を早期に把握し予防的に対応するためにも定期的な実態の把握が重要である。ただ、センターの相談の仕組みには地域の実情による多様性があり、全国一律に調査を行うことに困難が伴うことも事実である。しかし、簡便な内容の調査であれば容易ではあるが、詳細な実態は読み取れないことになるため工夫が期待される。

今後も、心という切り口で生じてくる様々な相談に応じるためには、センターでの相談機能の充実が不可欠であり適切な専門職員の配置が望まれる。

本研究は全国精神保健福祉センター長会（会長 田辺等 北海道立精神保健福祉センター所長）の協力を得て実施しました。ここに深謝いたします。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 平成20年度障害者保健福祉推進事業 「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究報告書」全国保健所長会 II相談編 岡部英男 2009.3
- 2) 厚生労働省 平成23年度障害者総合福祉推進事業 地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書 社団法人 日本精神保健福祉連盟 2012.3

- 3) 平成 21～23 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」平成 21～23 年度 総合研究報告書(研究代表者 竹島 正、研究分担者 山下俊幸)
2012.3
- 4) 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成 24 年度 総括・分担研究報告書 (研究代表者 竹島正、研究分担者 森川将行)
2013.3
- 5) 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成 25 年度 総括・分担研究報告書 (研究代表者 竹島正、研究分担者 森川将行)
2014.3
- 6) 衛生行政報告例 記入要領及び審査要領 (平成 25 年度) 厚生労働省大臣官房統計情報部

表 2: 調査票

問4 紹介経路(相談者が本人、家族、支援者の場合にのみ回答ください)

どのようにして、貴センターの情報を知りましたか。

1. 確認せず 2. 家族 3. 知人 4. 民生委員・児童委員 5. 本庁 6. 保健師
 7. 市町村職員(区役所・保健センターを含む) 8. 福祉サービス事業所等関係機関 9. 医療機関
 10. 警察 11. 教育関係機関 12. 行政の広報誌 13. インターネットのホームページ 14. リフレクト
 15. その他 (_____)

問5 相談対象者の精神科治療歴について

①精神科治療の状況	<input type="radio"/> 1. 現在通院中 <input type="radio"/> 2. 治療歴あり(中断、寛解含) <input type="radio"/> 3. 治療歴なし <input type="radio"/> 4. 入院中 <input type="radio"/> 5. 不明
②精神科入院歴	<input type="radio"/> 1. あり <input type="radio"/> 2. なし <input type="radio"/> 3. 不明

問6 相談内容(衛生行政報告例に準拠、該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 老人精神保健 2. 社会復帰 3. アルコール 4. 薬物 5. 思春期 6. 心の健康づくり 7. うつ・うつ状態
 8. ギャンブル 9. ひきこもり 10. 発達障害 11. 自殺関連 12. 犯罪被害 13. 災害
 14. その他 (_____)

問7 相談項目(以下の中から該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 診断 2. 医療の継続・中断 3. セカンドオピニオン 4. 対応(情報提供を含む) 5. 自傷行為
 6. 自死遺族 7. 自殺関連(自傷、自死遺族以外) 8. 家庭内暴力 9. DV 10. 犯罪被害 11. 事故
 12. 東日本大震災関連 13. その他の災害 14. 地域・近隣での他害・迷惑行為 15. 退院 16. 就労
 17. 日常生活支援 18. 訪問支援 19. 連携 20. 社会復帰 21. 触法関連 22. 障害者虐待
 23. 児童虐待 24. 不登校 25. ひきこもり ⇒ ①医療的対応が必要と判断 ②経過観察 ③家族支援
 ④不明 26. その他 (具体的内容 _____)

問8 相談者と精神保健福祉法以外の法制度との関連について(ありの場合は、複数回答可)

1. なし 2. あり ⇒ 具体的に(以下)

①生活保護法 ②医療観察法 ③介護保険法 ④児童虐待防止法 ⑤ホームレス特別措置法
 ⑥発達障害者支援法 ⑦障害者雇用促進法 ⑧自殺対策基本法 ⑨障害者虐待防止法
 ⑩その他 (_____)

問9 相談結果(紹介して終了した場合は、5は複数回答可)

1. 継続 ⇒ 問10へ 2. 情報提供のみ 3. 今回で終了 4. 不明 5. 他機関への紹介 ⇒ 紹介先(以下)

①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④保健所
 ⑤市町村職員(区役所・保健センターを含む) ⑥地域活動支援センター ⑦ひきこもり地域支援センター
 ⑧その他の障害者相談支援機関 ⑨児童相談所 ⑩その他の教育関係機関
 ⑪その他 (_____)

問10 他機関との連携について以下から選んでください(複数回答可)

1. なし 2. あり ⇒ 連携先(以下)

①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④保健所
 ⑤市町村職員(区役所・保健センターを含む) ⑥地域活動支援センター ⑦ひきこもり地域支援センター
 ⑧その他の障害者相談支援機関 ⑨児童相談所 ⑩その他の教育関係機関
 ⑪その他 (_____)

登録

リセット

図1 対応職種内訳 (%)

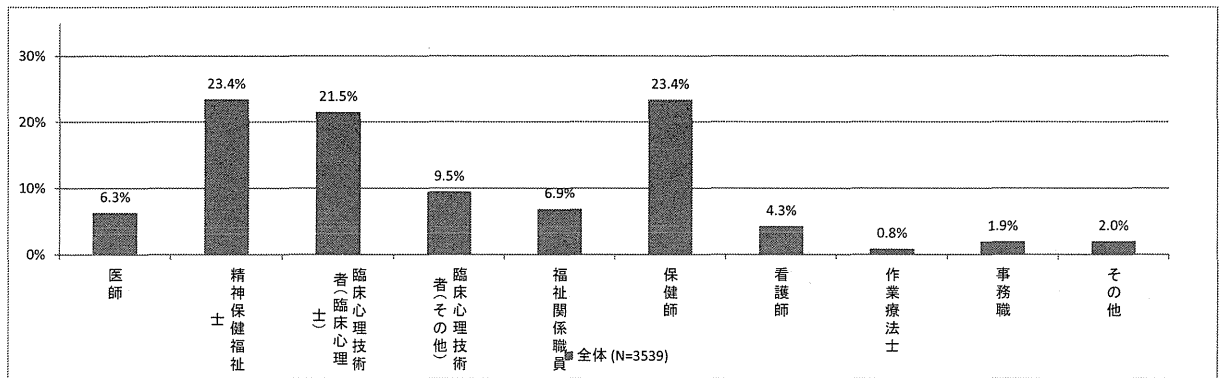


図2 ICD-10 診断内訳 (%)

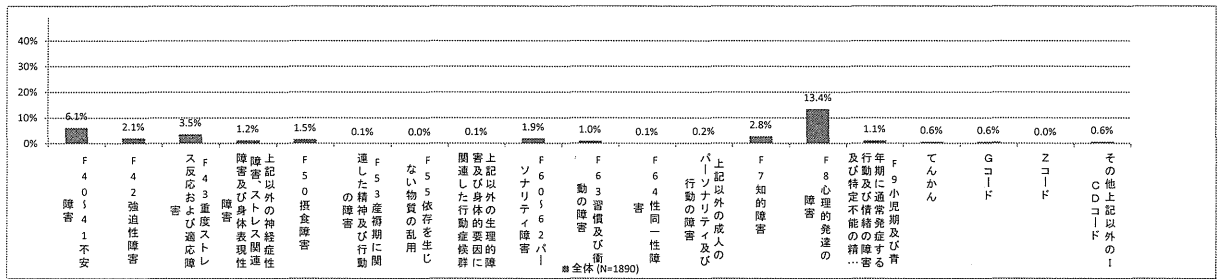
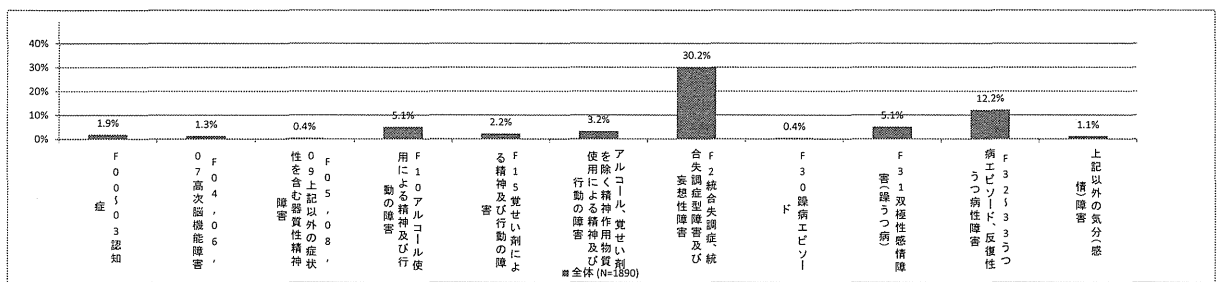


図3 疾患名・状態内訳 (複数回答%)

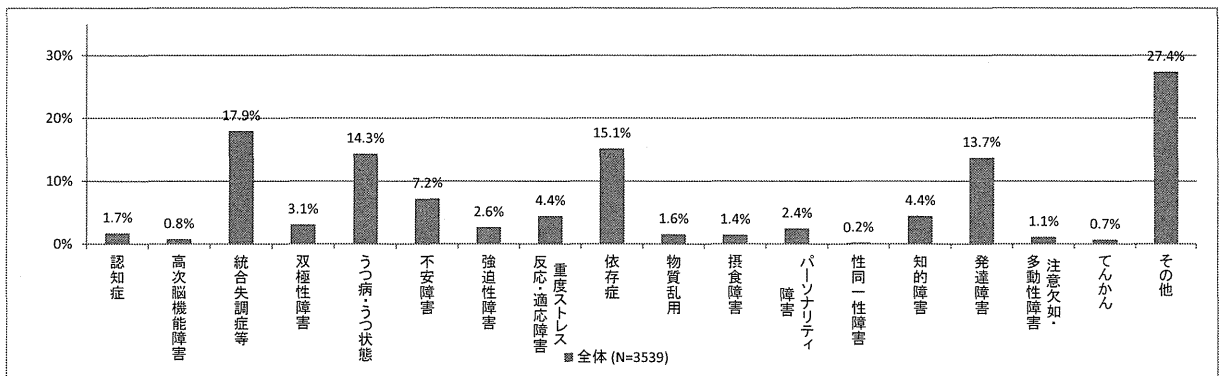


図4 依存症内訳 (%)

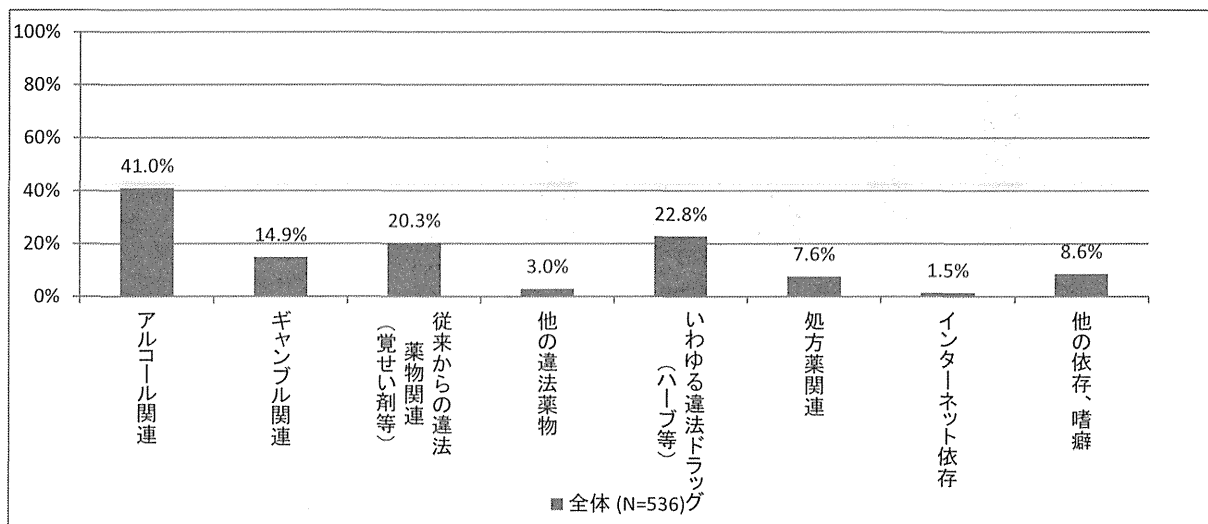


図5 障害者等のサービス利用状況 (%)

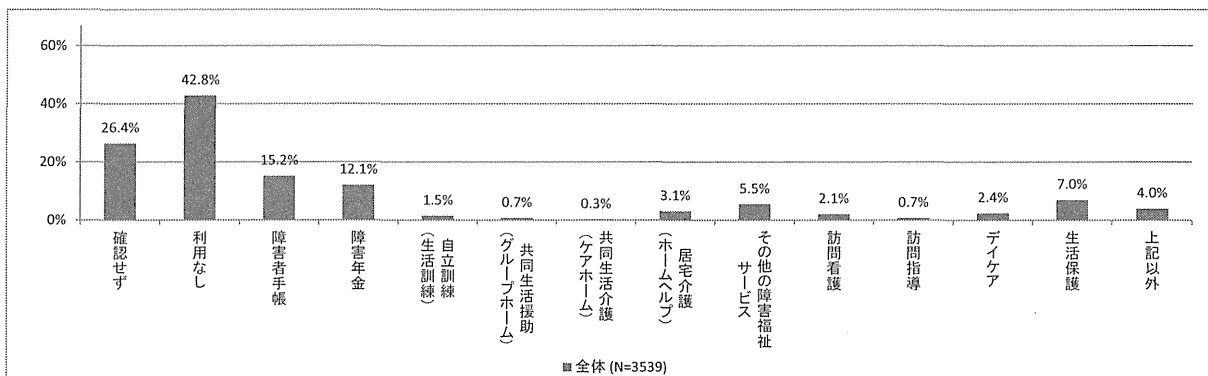


図6 相談者属性 (複数回答%)

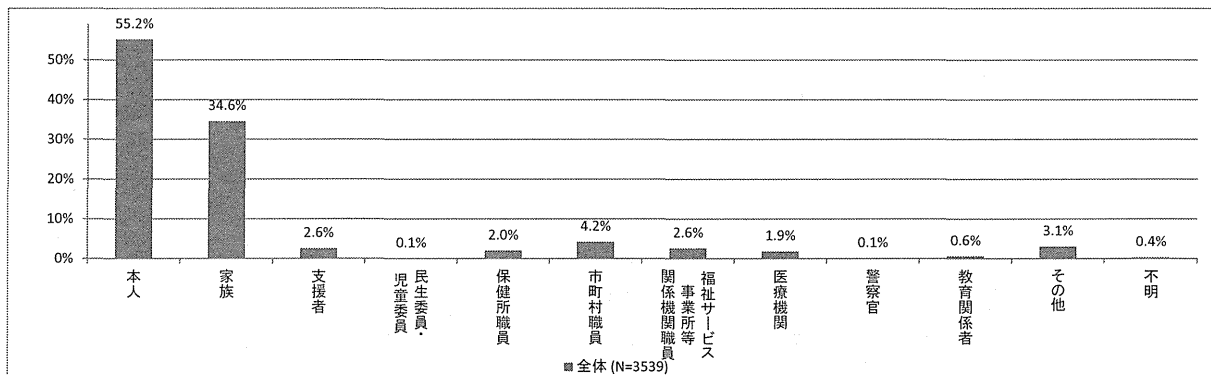


図7 紹介経路内訳 (%)

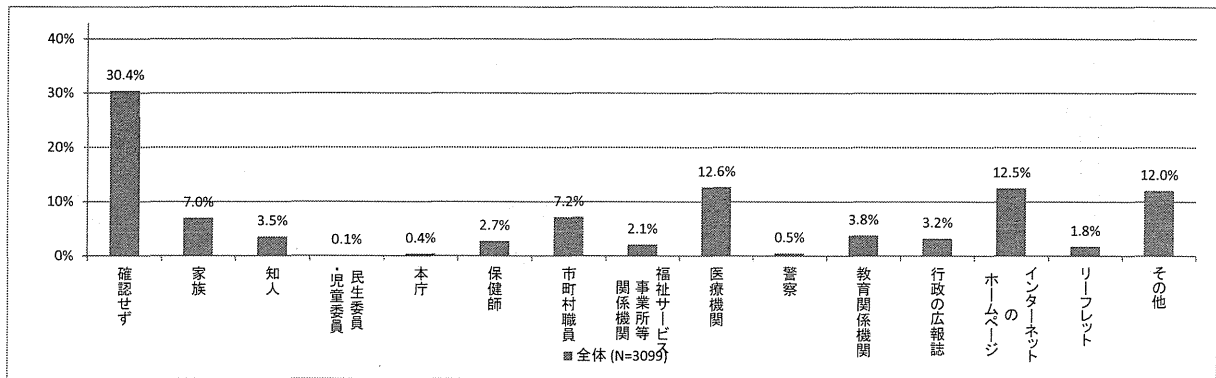


図8 相談内容 (衛生行政報告例準拠%)

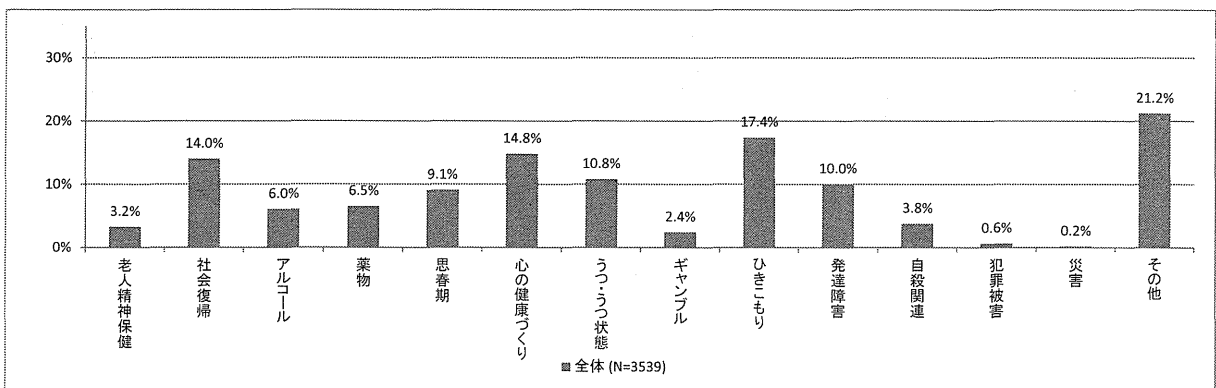


図9 相談項目 (複数回答%)

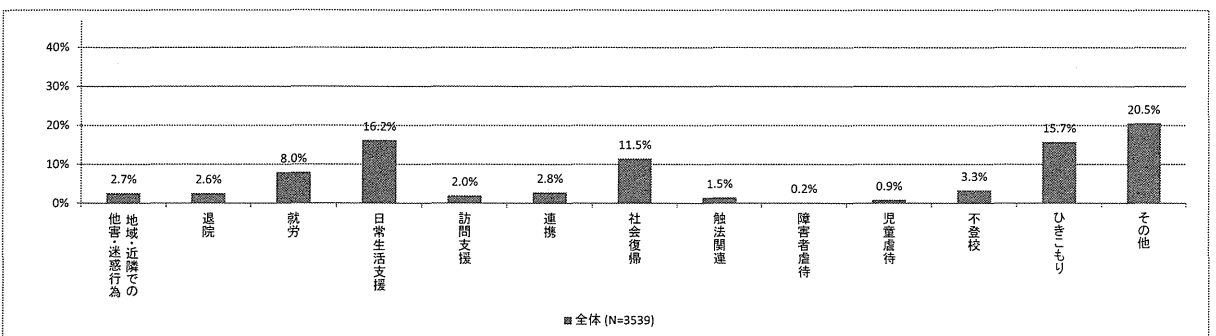
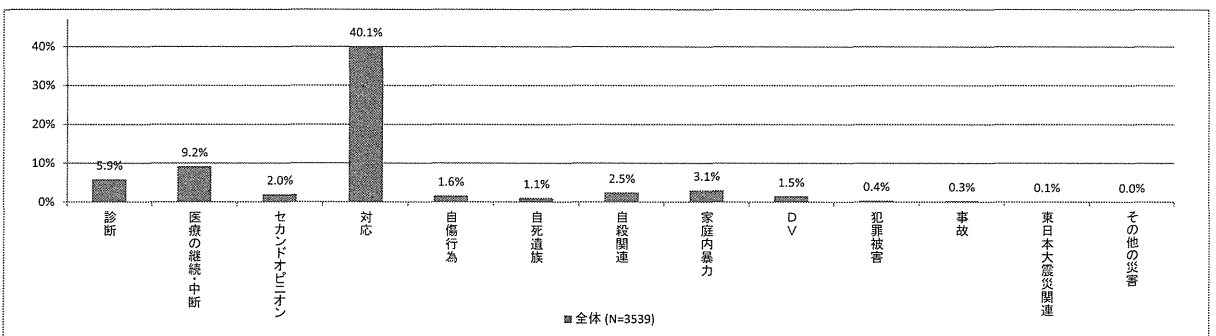


図 10 関連する法制度内訳 (%)

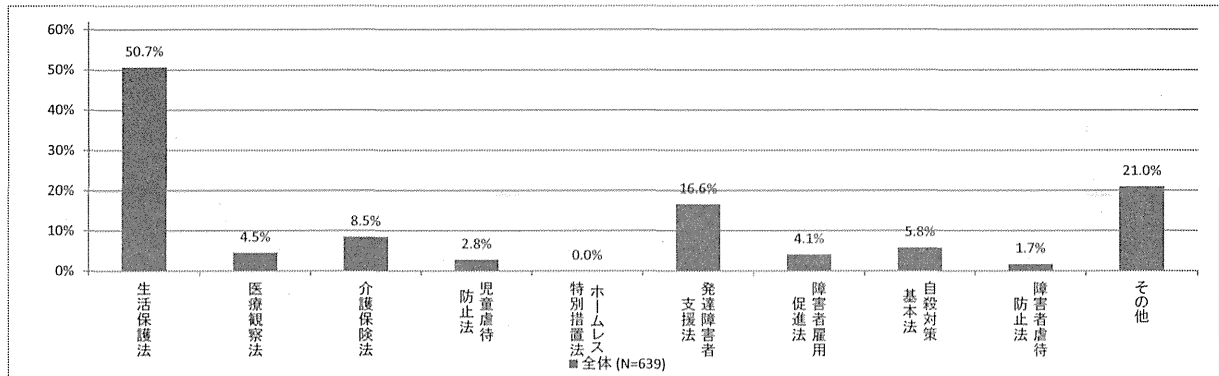


図 11 紹介先内訳 (%)

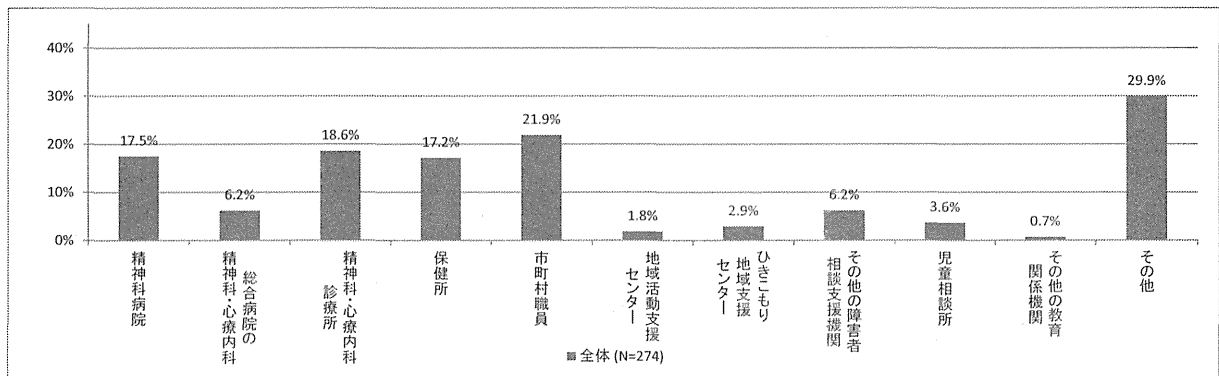


図 12 他機関との連携先内訳 (%)

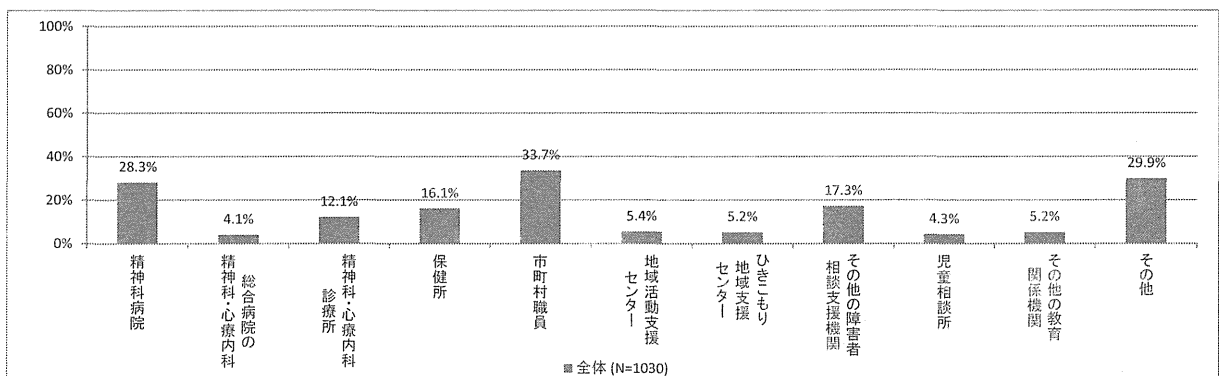


図 13 相談内容別相談時間割合 (%)

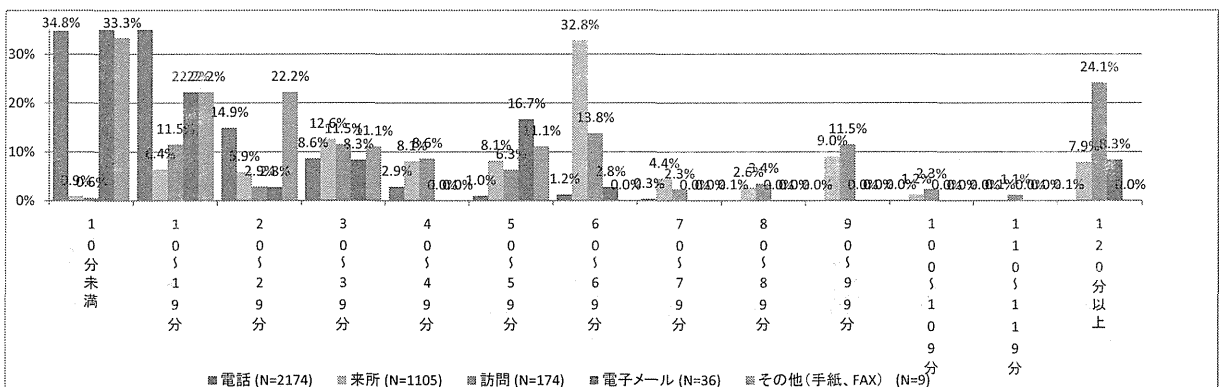


図 14 相談内容別職種割合 (%)

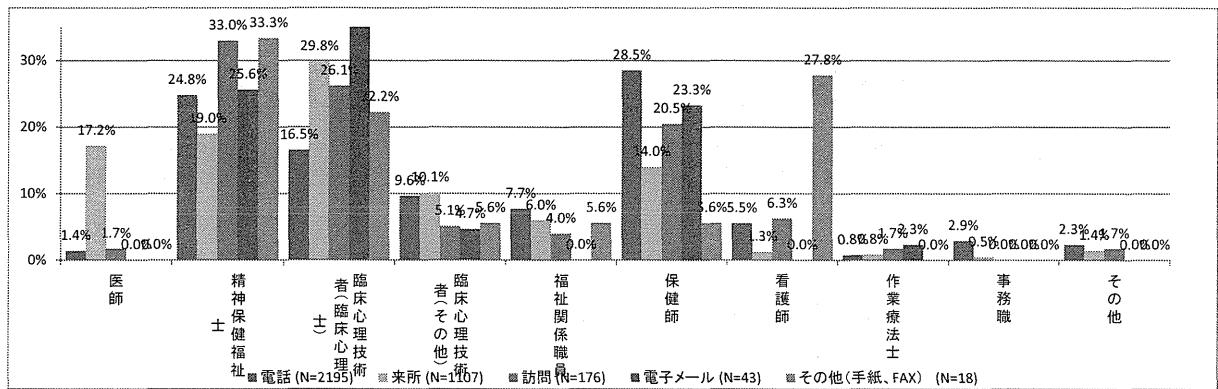


図 15 相談内容別疾患割合 (%)

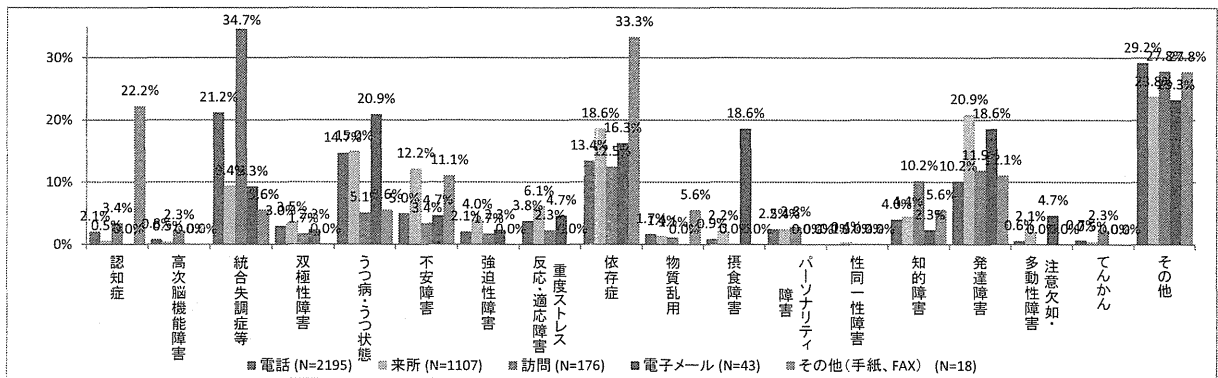


図 16 相談内容別精神科治療の状況 (%)

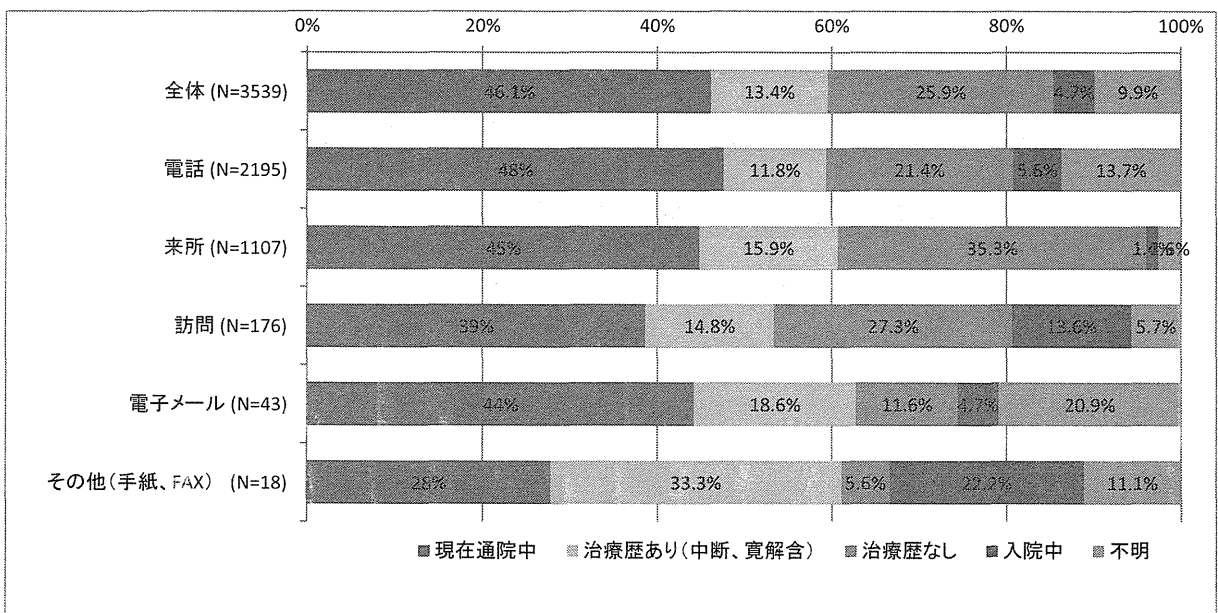


図 17 相談内容別精神科入院歴 (%)

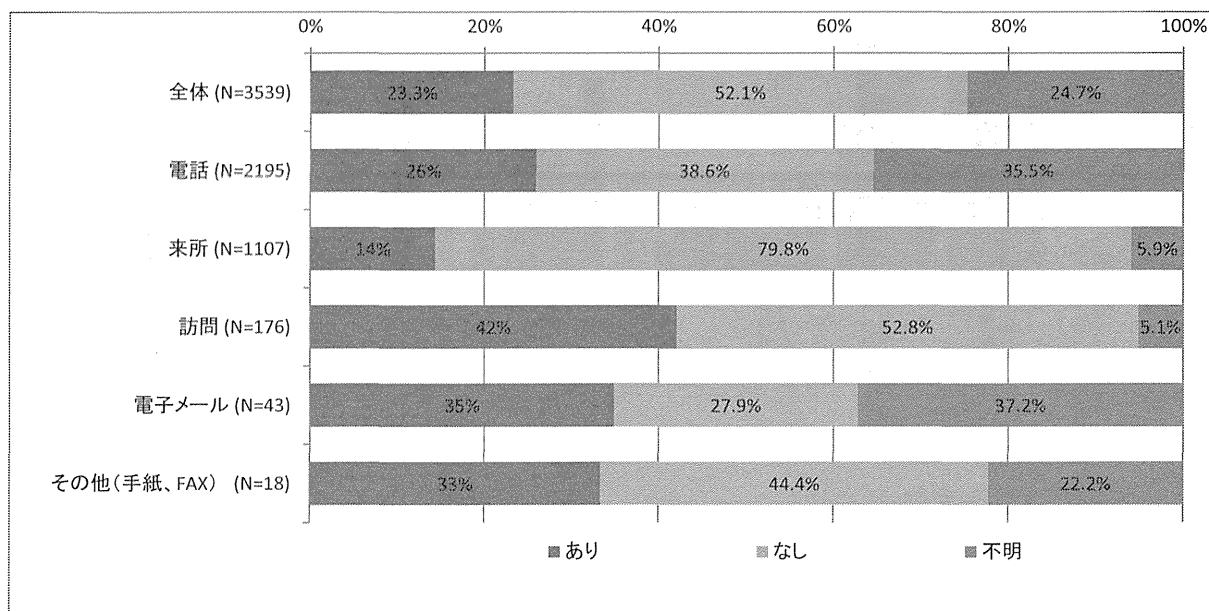


図 18 相談内容別ひきこもり対応割合 (%)

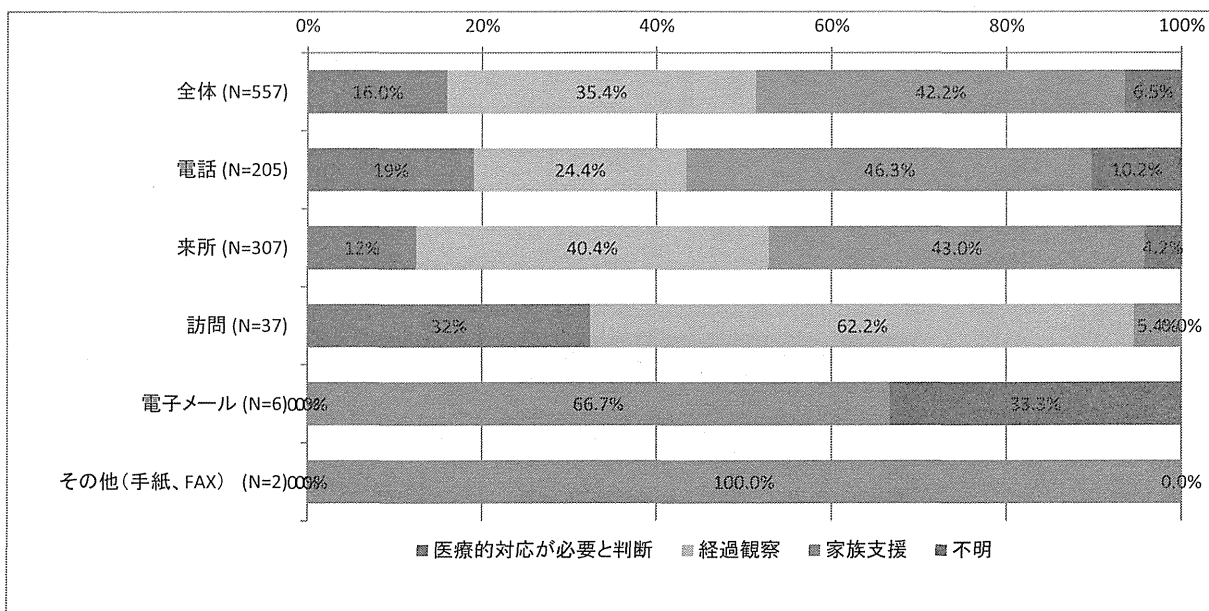


図 19 疾患名・状態別相談状況（件数）

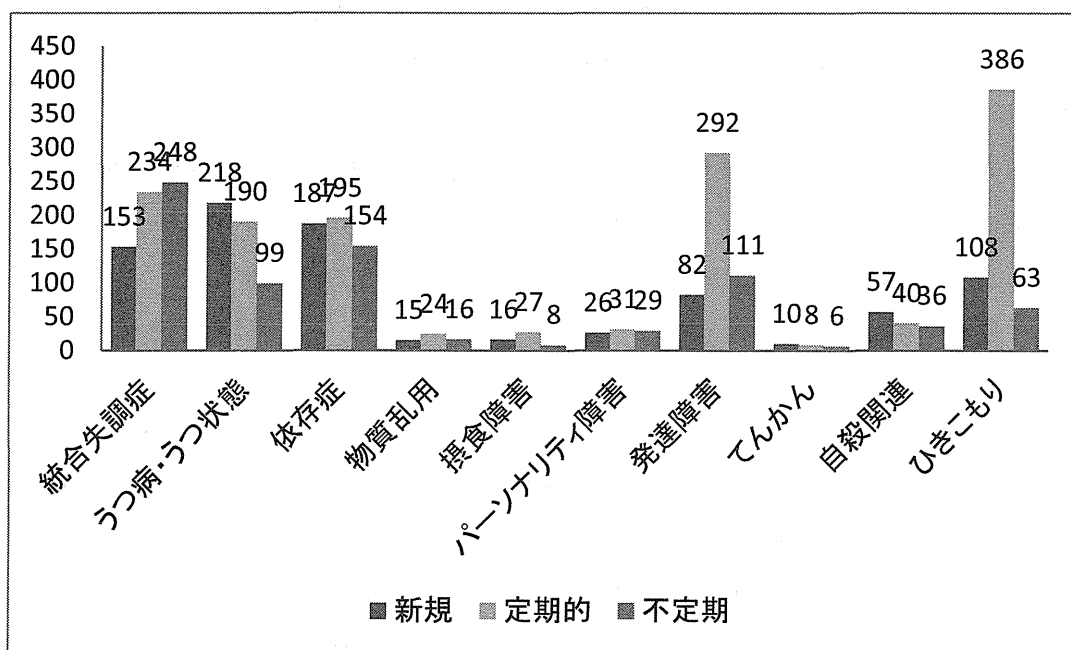


図 20 疾患名・状態別精神科治療の状況（件数）

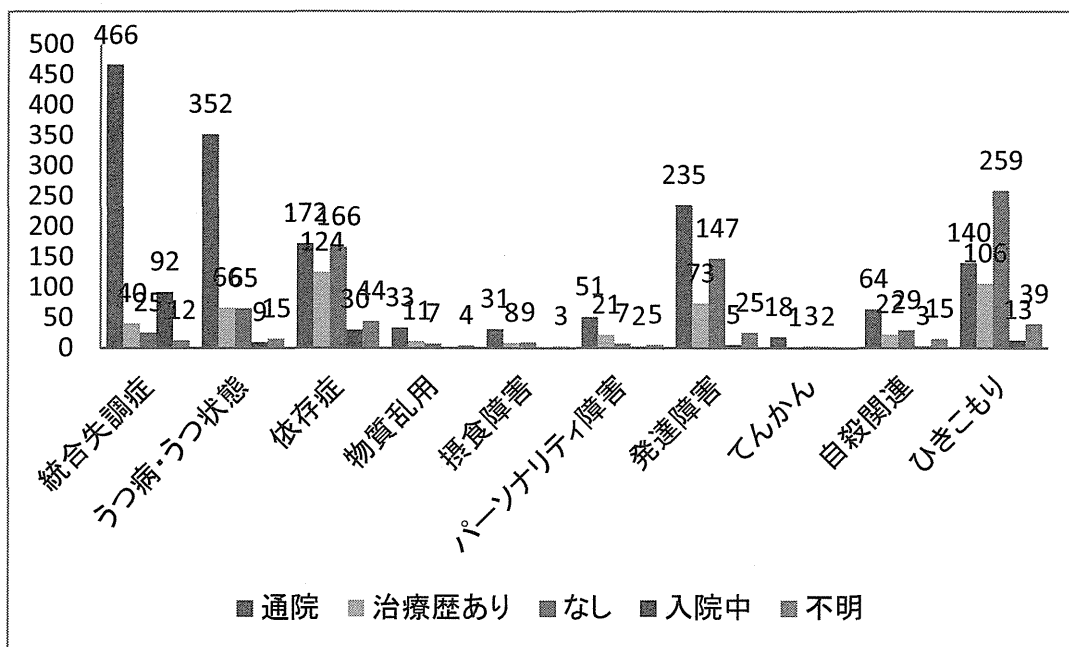


表 3 対応職種（問 1 - ③その他）

電話相談員	自殺対策担当員	薬剤師	嘱託アルコール相談専門員	理学療法士	弁護士
精神保健福祉相談員	ひきこもり支援コーディネーター	ケースワーカー	言語聴覚士	社会福祉職	

表4 疾患名・状態（問2-⑥その他）

<p>ひきこもり ナルコレプシー 病気の食事制限の悩み 自死遺族 適応障害 非行 腹痛 希死念慮・自殺企図 不眠 嘔吐 自傷 発達障害疑い 知的障害疑い イライラ感 何らかのストレス反応 家族の悩み・関係 不登校 ただ話を聞いてほしい リストカット 精神疾患に由来しない問題 解離性障害 虚言癖 習慣及び衝動の障害 過量服薬 心身症 睡眠時無呼吸症候群 学校内での友人とのトラブル 情緒障害及び解離転換性障害 チック 家族にいばりちらす ねたきり 外出が苦・無気力 お金がない 欠勤の繰り返し 同性愛 ストレスに弱く飲酒問題 声をあげている 宗教にのめりこんでいる 薬物依存疑い リストラ後の不就労 手・足の裏・頭の痺れ 離婚調停中 対人緊張の強さ 被害妄想 攻撃的な子をもつ母への支援 易怒性 幻聴 生活障害 聴覚障害 接触困難 多重人格 奇異行為 被虐待児症候群 高齢者被虐待 近隣迷惑行為 てんかん 母子関係 思春期問題 めまい 家庭内暴力の疑い 脊髄小脳変性症 トゥーレット症候群 作話の疑い DV相談 気になる行動が多い 起立性調節障害 人の目が気になる 選択性緘黙 悲嘆反応 通院中断 興奮・暴行 性的興味 職場不適応 行動障害 介護ストレス 醜形恐怖 クレプトマニア 糖尿病 入社拒否 パニック障害 借金の不安 肢体不自由 小児麻痺 脳性麻痺 自閉症 身体表現性障害 暴言 記憶障害 社会不適応 反応性愛着障害 性的な悩み 顔面麻痺 自律神経失調症 モラルハラスメント 更年期障害 退院について 職場のいじめ 共依存 仕事や受診等への不安 親の心配 夫婦生活についての相談 性行為への依存 対人恐怖 作業力の低下 重症筋無力症 その他の神経症性障害 感情の起伏が激しい 情緒不安定 自分は変ではないか 頭重感 アルコール依存症の子ども 性被害疑い 反抗的な態度 過呼吸発作 ストレスによる身体症状 新型うつ病 PTSD 脱法ハーブ 買い物依存 強迫性パーソナリティ傾向 概日リズム障害 クレーム 学業の悩み 性格の悩み 就労に関する悩み</p>
--

表5 法制度（問8その他）

<p>障害者総合支援法 児童福祉法 売春防止法 民法 刑法犯罪被害者等基本法 薬事法 覚せい剤取締法 出入国管理及び難民認定法 高齢者虐待防止法 老人福祉法 更生保護法 麻薬及び向精神薬取締法 道路交通法 迷惑行為防止条例 民事再生法 厚生年金保険法 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律 執行猶予者保護観察法 会計法 刑事訴訟法 母子保護法 成年後見制度 個人情報保護法 少年法 国民年金法 医療法 身体障害者福祉法、知的障害者福祉法 破産法 労働者災害補償保険法</p>

資料：ICD-10 リスト

F 0 0 - 0 3 認知症
F 0 4、0 6、0 7 高次脳機能障害
F 0 5、0 8、0 9 上記以外の症状性を含む器質性精神障害
F 1 0 アルコール使用による精神及び行動の障害
F 1 5 覚せい剤による精神及び行動の障害
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害
F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
F 3 0 躁病エピソード
F 3 1 双極性感情障害（躁うつ病）
F 3 2 - 3 3 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害
上記以外の気分（感情）障害
F 4 0 - 4 1 不安障害
F 4 2 強迫性障害（強迫神経症）
F 4 3 重度ストレス反応および適応障害
上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
F 5 0 摂食障害
F 5 3 産褥期に関連した精神及び行動の障害
F 5 5 依存を生じない物質の乱用
上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
F 6 0 - 6 2 パーソナリティ障害
F 6 3 習慣及び衝動の障害（病的賭博など）
F 6 4 性同一性障害
上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害
F 7 知的障害
F 8 心理的発達の障害（広汎性発達障害など）
F 9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害（注意欠如・多動性障害など）
てんかん（F 0 に属さないものを計上する）
Gコード
Zコード
その他 上記以外の I C Dコード

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成の分析

研究分担者 久保野恵美子（東北大学大学院法学研究科）
研究協力者 町野 朔（上智大学名誉教授）
道垣内弘人（東京大学大学院法学政治学研究科）
磯部 哲（慶應義塾大学大学院法務研究科）
柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）
佐藤雄一郎（東京学芸大学教育学部）
千葉 華月（北海学園大学法学部）

研究要旨：本研究は、精神保健福祉法上の制度の改革の一環として実現した精神保健福祉法改正について法律に解釈上の基礎を与え、残された課題を明らかにするために、医療保護入院の法的位置づけ等について検討を行うことを目的とし、保護者制度・入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構成、例えば、医療保護入院における患者以外の者の関与の法的位置づけ、診療契約における医療側と患者との関係及びその患者の家族等への影響等を検討した。検討の結果、改正法には、医療保護入院制度における家族等の同意の意義及び運用上の指針の不明確性があり、医療アクセスと人権保障の均衡のとれた実現という趣旨に照らして問題があること、地域生活への移行促進や医療行為への同意の問題に対する手当てが不十分であることという課題が存することを指摘し、家族等の同意制度の撤廃又は医療側の義務の観点からの大幅改変、患者の人権擁護者制度の導入、医療観察法の枠組みを参照しての退院促進や通院治療の確保等の立法論の必要性を示した。

現行改正法は、理論的には、非同意入院をめぐる患者、医療側、家族の三者構造の明確化において、政策的には、地域生活への移行促進及び患者の人権擁護の実効化の面で、課題を残すものである。

A. 研究目的

本研究は、精神保健福祉法上の制度の改革の一環として実現した精神保健福祉法改正について法律に解釈上の基礎を与え、残された課題を明らかとするために、医療保護入院の法的位置づけ等について検討を行うことを目的とする。

今年度は、前年度に引き続き、精神保健福祉法改正の評価及び今後の運用のあり方を検討するための、日本法の体系的分析及び比較法的検討を行い、その成果を学会のワークショップで公表することにより、学界での問題意識の共有を図り、今後の研究の深化のための基礎的知見を提供する。

B. 研究方法

改正された精神保健福祉法を適切に解釈運用し、今後の課題を明らかにしていくためには、保護者制度・入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構成が明確に分析される必要がある。例えば、医療保護入院の法的位置づけ、診療契約における医療側と患者との関係及びその患者の家族等への影響等である。

平成26年度は、平成26年8月に研究会を開催して、これまでの検討により得られた視点から、改正精神保健福祉法の解釈論的、立法論的課題を整理し、同年11月の医事法学会でワークショップを開催し、学会における問題意識及び基礎的知見の共有と理論的・政策的考察の深化を図った。

（倫理面への配慮）

本研究は文献研究中心のため、特に倫理面の配慮を要する研究には該当しない。

C. 研究結果

平成 25 年の精神保健福祉法の背景を確認したうえで (1)、改正法の特徴及びその解釈上の課題を整理し (2)、項を改め、解釈論の考察を行い、また、立法的課題を提示する (次項「D. 考察」を参照)。

1. 平成 25 年の法改正の背景としては、次の二点が指摘できる。

(1) 障害者権利条約との関係

2006 年 12 月、国連総会で障害者権利条約が採択され、2007 年 9 月に日本が同条約に署名、翌年 5 月には同条約が正式に発効した。同条約の批准に向けた国内法の整備を行うため、2010 年 6 月に「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定され、「精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等を含め、そのあり方を検討し、平成 24 年内を目途にその結論を得る」とされた。

(2) 入院医療中心から地域生活中心へ

他方で、障害者権利条約が採択される前から、日本では入院医療中心の精神保健医療福祉のあり方の見直しが課題とされていた。2004 年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」のなかで、10 年間で約 7 万床相当の病床数の減少という達成目標が示され、2009 年の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」では、7 万床減少の促進と「地域生活支援体制の強化」が確認され、併せて、「家族の同意による入院制度のあり方」及び「医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方」が示された。

地域生活中心への動きのなかで保護者制度が検討課題に挙がってきたのは、保護者の各種の義務規定及び保護者の同意による入院制度の背景にある「精神医療の家族依存的性格」が地域精神医療の発展を妨げてきたと評価されてきたことによる。

2. 改正法の特徴と解釈上の課題

(1) 保護者制度の廃止

保護者制度が廃止され、保護者が従来負っていた義務がなくなることにより、今後は、精神障害者の財産面、人格面の保護のために、成年後見制度、日常生活自立支援制度、親族間の扶養、他害防止等のための配慮の意義、限界、その運用が検討課題となることは、前年度までの研究において指摘したところである。

(2) 医療保護入院における「家族等」の同意

改正法では、従前の医療保護入院の制度が、比較的広い範囲の者が含まれる「家族等」のいずれかの者の同意による入院制度に代わった。この、いわば広く薄く同意を求める制度には、次のような特徴、課題が存する。

1) 総論的課題

① 「家族等」の定義について

患者の身近な親族を中心に広く、同列に家族等が含まれる定義となっている。平成 12 年の成年後見法改正において、被後見人になる者の配偶者は高齢であるなど後見の職務に適さないことがあるため、配偶者が自動的に後見人に就任する制度が改められたこととの関係や、扶養義務者の範囲が比較的広い日本法のもとで扶養義務者が含まれるとされていること、未成年者や被後見人について親権者や後見人に限られないことが課題といえる。

② 家族等の間に順位がないこと

①で触れたとおり、家族等には複数の者が含まれるところ、それらの者の間に優劣、順位づけはされていないことが特徴である。

③ 市町村長の同意の要件

広い範囲の「家族等」が優劣なく同意をなす地位にあることの反映として、市町村長同意の要件が、「家族等の全員」が「その意思を表示することができない場合」(33 条 3 項)とされている。それぞれの文言をどのように解釈するのかによるが、市町村長同意の要件が厳しくなったとも思われ、その運用、適否が問われる。

2) 各論的問題

1) に挙げた特徴を反映して、具体的に、あらゆる問題として既に指摘されているのは、

次のようなことである（厚生労働省通知「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」平成26年1月24日障精発0124第1号参照）。

- ① 家族等の間での意見の不一致
 - ② 配偶者の意見の優先性の有無
 - ③ 親権者、後見人の意見の優先性の有無
 - ④ 家族等の不同意、関与拒否、無関心
 - ⑤ 市町村長同意の運用
 - ⑥ 扶養義務の設定（民877条2項）との関係
- これらのうち、①から③については、家族等の「いずれかの者」の同意で足りるとされる条文の文言からすれば、特に問題となる余地はなく、家族等の定義に含まれる者のうち誰か1人でも同意をすれば、入院させることができるかと解されるはずであるにもかかわらず、厚生省のガイドラインでは、できるだけ家族の意見の一致を図ることや親権者、後見人の存在を把握し、その意思を尊重することが指針として記されている。このことは、条文で定められた同意制度が、実務において適切とされるあり方に必ずしも適合していないのではないかと疑問を抱かせるものである。
- ### 3) 各論的問題の分析

2) に挙げた問題は、同意が問題となる場面において、例えば次のような問いを生じさせるものと予想される。

- ① 医療側は、家族等を探す必要があるか。
同意してくれそうないずれか1人を探す必要があるか。
同意した家族等以外の者を探す必要があるか（「いずれかの」者から同意を得れば良いのだから、他に家族等がないかどうかを探す必要はないか）。
- ② 家族等は医療側に対し、自らの意見（同意又は不同意）を聴取し、考慮することが求められることができるか（家族等の1人が反対しているとき、いずれかの1人は同意しているとしても入院させられないか。また、家族等の1人が反対しているとき、市町村長同意で入院させることはできるか）。
- ③ 家族等は医療側に対し、自らは関わら

ない（同意、不同意の判断をしない）と関与を拒否することができるか（とりわけ、市町村長同意の要件（「家族等の全員がその意思を表示することができない場合」）を充足するといえるか）。

- ④ 上記諸点は、問題の家族等が配偶者か、親権者か、後見人・保佐人か、扶養義務者かによって異なるか。

小括：これらをまとめると、医療側は家族等との関係で、どこまでしなければならないか、何を求めることができるか、逆に、家族等は医療側に対して、何を求めることができるか、何をしなければいけないかが問われているといえる。

(3) 医療保護入院者の退院による地域生活への移行を促進するための措置

改正法は、医療アクセスの保障と人権の保障との均衡を趣旨としているが、人権保障のために実現した改正事項は限られている。改正法唯一ともいえる人権擁護のための手当ては、精神科病院の管理者は、各患者に「退院後生活環境相談員」を選任し、退院後の生活相談・指導を行わせ、患者やその家族に地域の援助事業者等を紹介するよう務め、さらに、地域援助事業者と連携しながら、医療保護入院者の地域生活支援を促進する措置を講じなければならないとされた点に認められる（33条の4～6）。

この改正事項については、医療観察法における退院支援モデルが参考にされている。同法では、指定入院医療機関のPSWと連携しながら、法務省の社会復帰調整官が退院のコーディネートをし、18ヶ月で退院させることが目標とされる。

精神保健福祉法においては、社会復帰調整官のような公的専門職の関与がないところで、連携する事業者の質、量を確保しつつ、いかに実効的な退院支援を図るかが課題となろう。

D. 考察

上記Cで掲げた特徴及び課題を有する改正

法については、次のような解釈論的分析及び立法論的課題の検討が必要かつ有益であろう。

1. 医療保護入院の枠組み - 同意制度の撤廃

そもそも改正法の同意制度は、立法過程における「検討チーム第3R」の出した「医療保護入院に替えて、保護者の同意を要件としない入院手続き」を設けるとの結論に反して、必ずしも十分な検討を経ることなく、立法された経緯がある。この経緯自体をもって、同意制度の撤廃をすべきとはいえないが、先に整理したように、同意制度をめぐる課題が山積していることからすれば、新しい同意制度が医療アクセスと人権保障との均衡という趣旨に適合していないおそれもあり、その撤廃を含めて検討されるべきである。

この点、選択肢としては、指定医のみの判断で入院を可能とするという検討チーム第3Rで出された方向性も考慮に値する。この選択肢については、あくまでも「権利擁護のための仕組整備」を伴うものとして構想されていることに注意を要する。すなわち、遅滞のない入院決定の審査や直接の必要的面接などの精神医療審査会の機能強化や、弁護士その他の第三者等が患者へ援助を行う患者の権利擁護者 (patient advocate) の制度の導入が考えられる。

また、指定医のみの判断といっても、その判断は、非自発的入院に関する客観的な基準に裏づけられたものが想定されていることは言うまでもない。そのような基準としては、国連によって示された次のような原則が参考になる。

「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」(以下では「国連原則」という)(1991年12月12日、国連総会第46回総会決議により採択)

原則16 非自発的入院

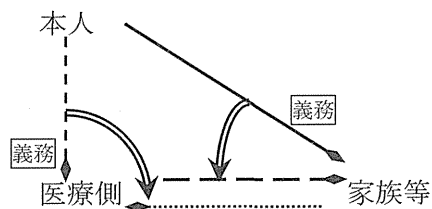
- (a) その精神疾患のために、即時の又は切迫した自己若しくは他の人への危害が及び可能性が大きいこと、又は、
- (b) 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させず、又は

入院を継続させなければ、深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最少規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによつてのみ得られる適切な治療が妨げられること。

2. 医療保護入院の枠組み - 同意制度の改変

同意制度を維持する場合でも、改正法の広く薄く家族等の同意を求める仕組みは、課題が多いことは先述のとおりである。問題の根底には、非自発的入院において患者以外の者の「同意」を求めることの意味、そこにおいて、家族等に認められるべき法的地位いかな等があるが、分析の出発点となるべきは、医療側、本人、家族等の三者構造であると考えられる。図で示せば、次のとおりである。

・医療側、本人、家族等の三者構造



この図に基づき、分析の視角を示したい。

- ① まず、家族等は本人に対してどのような義務を負うか(図の \longrightarrow の矢印)が、家族等が医療側に対してどのような義務を負うか(図の $- - \longrightarrow$ の矢印)に影響しよう。

例えば、本人が年少者である場合の親権者について見ると、親権者は、未成年子本人の心身の健康を保全し、その利益を確保する義務を負っており、しかも、親権者は他の家族等に対して優先的な権限を有する。

このような親権者の本人との関係を前提にすれば、親権者は、医療側との関係で、入院への同意、不同意を判断する義務を負い、また、医療側に、自らの意見を考慮するよう、求めることができるはずであるということになる(ここで述べたのは原則論であり、実務上問題になることが多いと予

想される、親権者の親権行使の態様に問題がある場合については、別の考慮を要する)。

- ② 医療側についても、医療側が本人に対してどのような義務を負うかということが(図の ---◆ の矢印)が、医療側が家族等との関係でどのような義務を負うか(図の ◆……………の矢印)に影響するといえる。

例えば、患者の家族へのがん告知に関して、医師が患者との関係でどのような義務を負うかを示唆した下のような判例が一つの手がかりになる。

「告知を受けた家族等の側では、医師側の治療方針を理解した上で、物心両面において患者の治療を支え、また、患者の余命がより安らかで充実したものとなるように家族等としてのできる限りの手厚い配慮をすることができることになり、適時の告知によって行われるであろうこのような家族等の協力と配慮は、患者本人にとって法的保護に値する利益である」(最判平成14年9月24日判時1803号28頁)

この判例は、医療側は、本人の利益のために、本人に協力し配慮しうる立場にある家族に情報を伝える義務を負う場合があることを示唆する。問題は、そのような立場の家族を探すが、どのような場合に、どこまで求められるか、当該家族等が関与を拒否するときに医療側がどこまで協力を求めるべきかであろう。精神医療において医療側が入院の必要を認めつつ、本人の同意が得られないときに、医療側が診療契約上本人に対して負う義務として、本人の利益について適切な判断を行いうる家族等を探し、協力を得ることを求めるかについて、様々な実情を踏まえた議論が深まり、制度の再改正が図られることが期待される。

3. 治療同意がない場合の措置

今回の改正で手当てがされなかった問題として、個々の治療行為への同意の問題がある。改正法41条に基づき策定された「良質かつ適切な精神障害に対する医療の提供を確保するた

めの指針」(平成26年3月7日厚生労働省告示第65号)の第4の二「人権に配慮した精神医療の提供」として、「1精神障害者の医療及び保護の観点から、本人の同意なく入院が行われる場合でも、行動の制限は最小限の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等、精神障害者の人権擁護に関する障害者の権利に関する条約(平成二十六年条約第一号)その他の国際的な取決め並びに精神障害者の意思決定及び意思表示の支援に係る検討も踏まえつつ、精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。」旨が確認され、同意によらない入院が行われている場合においても、医療に関わる基本原則である、インフォームドコンセント(同指針の前文で「医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること」と定義されている)が確保されるべきものとされる。

指針の内容の実効化のための具体的な規律及び運用のために参考になるのが、国連原則11及びその具体化ともいえる医療観察法の例である。

まず、国連原則11は次のとおり定める。

6 国連原則7、8、12、13、14及び15項に規定されている場合を除き、以下の条件がすべて満たされれば、患者のインフォームドコンセントがなくても、提案された治療計画を実施することができる。

- a. 患者が、その時点で、非自発的患者であり、
- b. 独立した機関が、上記第2項に規定した情報を含む、関連するすべての情報を得た上で、その時点で患者が提案された治療計画にインフォームドコンセントを与え、若しくは拒絶する能力を欠くと判断し、又は国内法が規定する場合は、患者自身の安全又は他の人の安全を考慮すると、患者が不当にインフォームドコンセントを拒絶していると判断し、かつ、
- c. 独立機関が、提案された治療計画が患者の健康上の必要に照らして最善の利益であると判断する場合。

ここに挙げられが「独立機関」の判断の国内における一適用例が、医療観察法に関わる「入

院処遇ガイドライン」(平成 17 年 7 月 14 日障精発 0714002 号)に見られる。同ガイドラインは、そのV1において、治療行為に対する同意が得られない場合の対応として、「十分な期間をかけて入院対象者の治療意欲を引き出す取り組みを行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、入院対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議に当たっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される入院対象者の病状変化」「当該治療行為に対する入院対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする」と定める。

この問題についても、医療観察の法の内容及びその運用の経験が、一般精神医療の規律の参考になる可能性がある。

4. 地域精神医療の更なる促進

法改正の一要因となった地域精神医療の促進は、今後も継続して取り組まれるべき課題である。

国連原則の関係部分は次のとおりである。

原則 7 地域社会と文化の役割

1. すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する。

原則 9 治療

1. すべての患者は、最も制限の少ない環境下で、かつ、患者の保健上の必要性と他の人の身体的安全の保護の必要性に照らして適切な、最も制限が少ない、あるいは最も侵襲的でない治療を受ける権利を有する。

国内法では、医療観察法に、「入院によらない医療」として、社会復帰調整官による見守り(精神保健観察)の下で、指定通院医療機関で外来治療を受け、怠薬等をすれば再び入院とされる心理的強制を伴う制度が導入されている。一般精神医療においても「通院命令制度(community treatment order)」の創設を

視野に入れた検討を行うことが有益であろう。

E. 結論

現行改正法は、理論的には、非同意入院をめぐる患者、医療側、家族の三者構造の明確化において、政策的には、地域生活への移行促進及び患者の人権擁護の実効化の面で、課題を残すものである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 柑本美和「精神科入院制度の改革に向けて—法律の立場から」臨床精神医学 44 巻 3 号(2015 年 3 月出版予定)
- 2) また、下記 2 の記録が『年報医事法学』30 号(2015)に掲載予定。

2. 学会発表

- 1) 医事法学会第 44 回研究大会ワークショップ『精神保健福祉法改正の意義と課題』(2014 年 11 月 29 日)(企画責任者:久保野恵美子、千葉華月。基調報告者:柑本美和、久保野恵美子(当日は磯部哲が代行))

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし