

日本の精神保健福祉関連法の変遷 —精神障害者の「自己決定権」に焦点を当てて—

尾 口 昌 康

【要 旨】

精神障害者の医療・福祉領域において、本人の病状悪化時にはやむを得ず、さまざまな権利を制限せざるを得ない状況が多い。支援の過程でジレンマに陥ることも多い。

本稿では、精神障害者の「自己決定権」の発展に焦点を当て、日本の精神保健福祉施策の変遷を概観する。

【キーワード】

精神保健福祉 精神障害者 入院の同意 自己決定権

1. はじめに

日本では精神障害者は「隔離」や「保護」の対象として、長い期間社会と隔絶した状況に置かれていた。その後時代の移り変わりとともに法や制度も整備され、精神障害者の生活の拠点も病院から地域へと移り変わることによって、平成初期には500日に近かった精神科病院の平均在院日数も、2011（平成23）年には300日を切るに至った。しかし未だ多くの社会的入院者が存在し、精神障害者の地域生活支援は諸外国と比較して立ち遅れた状況であると言わざるを得ない。

また、社会的入院を続けることで、精神障害者の日常生活のスキルはもとより「自己決定」の能力を著しく低下させる。実際に筆者も精神保健福祉士として多くの社会的入院患者の退院支援に関わってきたが、支援の過程で当事者から「困ったとき、誰かに相談しないと決められない」「咄嗟のとき、自分は本当に正しい選択や判断ができるだろうか」という不安や心配の声を耳にすることも多かった。

さらに、精神障害者の地域生活支援を支援するにあたり、「判断能力がどの程度回復しているか」を評価するには独特の困難さも存在する。精神障害者は多くの場合、知的障害者や認知症の高齢者と異なり、病状の回復に伴い判断能力も回復する。しかし、その回復の程度の見極めは非常に難しく、精神科医療の現場では、「世界保健機関による健康および障害の評価（WHODAS）」や、「簡易精神症状評価尺度（BPRS）」などの評価尺度を用いた診断はもちろんのこと、日常の生活状況を十分に観察すると同時に、本人と丹念な面接を重ねたうえで総合的に評価している。本稿では精神障害者の「自己決定権」を尊重した医療はどのように発展してきたのか、日本の精神保健福祉施策の変遷を振り返ることを目的とする。

2. 明治から大正、昭和初期にかけて

日本の精神保健福祉施策は、1900（明治33）年に制定された『精神病患者監護法』により始まったといわれている。しかし当時は国民の精神障害に対する理解も乏しく、精神科医療機関の数・質ともに十分なものではなかった。さらにこの法律は「治安モデル」とも呼ばれており、本人の疾患や生活技能の回復を目指すのではなく、精神症状による自傷・他害行為を防止するために、地方長官の許可を得て、家族等が監護責任者となり、精神障害者を私宅監置することが可能となるものであった。当時は十分な医療や支援を受けることもままならず、精神障害者を抱える家族に過重な負担がかかっていた。そこで多くの家族は私宅内に「座敷牢」を設置、そこに精神障害者を監置するという状態が続くこととなった。

当時、東京帝国大学教授であった精神科医の呉秀三は、数年の歳月をかけて国内の私宅監置の状況を調査し、1918（大正7）年、その結果を『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』として報告した。その中に記されている「我邦十何万ノ精神病患者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ此邦ニ生マレタルノ不幸ヲ重ヌルモノトイフベシ。」という言葉は、欧米諸国と比較して、日本の精神障害者が置かれた環境がいかに劣悪であるかを如実に表している。

1919（大正8）年、前出の『精神病患者監護法』を残したまま、新たな法律として『精神病院法』が加わった。これは内務大臣が道府県に精神科病院を置くことを命じる事ができると定められており、やむなく私宅監置される精神障害者が治療に繋がる事が期待される法律であった。しかし日本は同時期に第一次世界大戦に参戦することとなり、国費の多くは戦費として使われ、精神科病院の設置はほとんど進まなかった。さらに『精神病患者監護法』が継続されたままであったことも災いし、精神障害者の私宅監置は解消することなく時間は流れていった。

上述のように、この時代の精神障害者に対する処遇方針は全て家族や行政に委ねられており、本人は生活する上で必要となる、さまざまな場面における選択の権利、あらゆる物事を自己決定する権利はおろか、「このようにして欲しい」というニーズを表明することも困難な状況であったことは想像に難しくない。

3. 終戦後から昭和30年代にかけて

1945（昭和20）年の終戦から約2年後の1947（昭和22）年5月3日に日本国憲法が施行された。従来から存在した『精神病院法』に基づく道府県による精神科病院の設置は遅々として進んでいなかったが、憲法において生存権や国の社会的使命が規定されることによって「精神障害者に治療を受けさせる」機運が高まった。

上記の流れを受け、1950（昭和25）年に『精神病患者監護法』『精神病院法』の2法を廃止し、『精神衛生法』が制定された。同時に私宅監置は正式に廃止されるとともに、それまでの「治安モデル」が「医療モデル」へとパラダイム転換したのであった。

当時は精神障害者が入院できる病院・病床を1つでも多く作ることが喫緊の課題であると捉えられ、政府は病院の建設にあたり国庫補助の制度を設け精神科病院の建設を推進した。しかし右肩上がり急増する精神科病院の数に応じた専門スタッフの確保が追いつかず、苦肉の策として1958（昭和33）年に厚生省事務次官より、精神科病棟については一般の診療科（精神科以外）に対し、医師の数は3分の1、看護師の数は3分の2で良いという、いわゆる『精神科特例』が通知された。いわば「精神障害者は他の疾患を抱える患者と比べ、治療もケアも手薄になっても良い」と公的に認めたとと言える本特例は、精神科病院の設置を容易にし、さらなる病院数の増

加に拍車をかけたばかりか、それまでは私宅監置という劣悪な環境ではあったものの、まがりなりにも地域で生活していた精神障害者を病院という空間に隔離収容することとなり、治療を名目に精神障害者の生活の拠点が座敷牢から精神科病棟にシフトしただけという皮肉な結果となった。

また、同時に自傷他害のおそれのある精神障害者について、都道府県知事の診察命令による2名以上の精神衛生鑑定医（現在の精神保健指定医の前身に該当する医師）の診察の結果が一致し、入院が必要と判断された場合、本人や家族の同意がなくても強制的に入院させることが可能となる「措置入院」と、自傷他害のおそれはないが、本人が治療の必要性を理解できず、入院に同意しない場合、保護義務者（精神障害者に治療を受けさせ、監督し、財産上の利益を保護する法律上の義務をもつ者）の同意による「同意入院」の制度が設けられた。

特に「措置入院」は、行政の権限で入院治療を受けさせる代わりに、入院医療費の自己負担分については公費として支給され、経済的に困窮する患者をはじめとする多くの患者の入院を容易にした。

なお、この時には「自分の意思に基づき入院をする」という入院携帯は設けられず、入院治療の必要性は医師や保護義務者等の第三者が決定するものであった。また「同意入院」という名称から本人の同意の有無をイメージするが、ここで言う同意とは上述のとおり、保護義務者の同意を意味している。このように入院形態の名称からも、当時はいかに患者自身の自己決定権が蔑ろにされていたかが読み取れる。

その他、『精神衛生法』制定時には、精神衛生鑑定医制度のほか、地域住民の心の健康の保持向上を図ることを目的に、各都道府県に精神衛生相談所（現在の精神保健福祉センターの源流となる機関）が設置できるようになるなど若干の進歩が見られたが、精神科医療において入院中心の体制が確立し、多くの社会的入院患者を生み出すこととなった。

4. 昭和30年代から高度経済成長期

昭和30年代になると精神科医療の場で薬物療法が台頭した。それまでは統合失調症の幻覚や妄想等の陽性症状が出現した場合、隔離をして症状が治まるのを待つしか方法はなかったが、1965（昭和30）年より日本で使用が認められた向精神薬「クロルプロマジン」の普及により陽性症状の軽減、緩和が可能となり、入院期間の短期化や在宅での生活への期待がなされた。

しかし1964（昭和39）年3月、アメリカ駐日大使のライシャワー氏が当時19歳の統合失調症の日本人青年に刺され重傷を負うという事件が起こった。のちに「ライシャワー事件」と呼ばれるこの事件について報道各社は「杜撰な日本の精神科医療が本事件を招いた」「精神障害者の行動を今まで以上に厳密に管理すべき」という、いわば精神障害者野放し論が国民の恐怖感を煽った。精神科医療の現場は薬物療法の効果や在宅復帰の期待に反し、再び入院治療に偏った社会防衛的な方針へと進んでいった。

その後、「ライシャワー事件」を受け、1965（昭和40）年6月に『精神衛生法』の一部改正が行われた。主な改正内容は、①保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員（現在の精神保健福祉相談員）を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化。②保健所に対し技術指導援助などを行う各都道府県の精神保健に関する中核機関として、精神衛生センター（現在の精神保健福祉センター）を設置。③在宅精神障害者の医療の確保のため、通院医療費の2分の1を公費で賄う「通院医療費公費負担制度」の新設。④警察官、検察官、保護観察所長および精神科病院の管理者に対し精神障害者に関する通報・届出

制度を強化する。であった。

法改正から間もない1967（昭和42）年、政府の要請に応じ、「精神障害者の地域でのケアの促進」のためWHO（世界保健機関）を通してイギリスから来日した デイビッド・H・クラーク（David H. Clark）は、国内の精神科病院や知的障害者の施設、行政機関などを視察し、翌年1968（昭和43）年の5月、政府に対して勧告書（通称「クラーク勧告」）を提出した。この勧告書において、日本の隔離収容主義で患者の人権を無視した精神科医療を直ちに改善するよう指摘されたが、その後も同勧告を取り入れることはなく、旧態依然とした状態が続いていた。

5. 昭和末期にかけて

従来よりも「治安の強化」に主眼を置いた日本の精神障害者に対する施策は、さらに彼らの人権や自己決定権を蔑ろにする風潮へとつながっていった。精神科病院への入院は依然として原則として本人の意思を問わない強制的なものであり、入院を決定するのは第三者であることが常識であると捉えられていた。

そのような状況の中、保健所に勤める精神科ソーシャルワーカーが関与するケースにおいて問題が発生する。のちに「Y問題」と呼ばれることとなる当問題は、1973（昭和48）4月に神奈川県横浜市で開催された「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（現：日本精神保健福祉士協会）」の第9回全国大会の場において、精神障害当事者であるY氏という一人の男性が壇上で問題提起を行ったことに始まる。

Y氏が語った内容は、「1969（昭和44）年、両親から私の精神症状について相談を受けていた神奈川県川崎市内の保健所の精神衛生相談員（現：精神保健福祉相談員）が、入院が必要であると独自の判断をし、私の意向の確認も行わないまま無診察で入院させられ、入院後も不当な扱いを受け続けた。」というものであり、自己決定を何より大切に、精神障害者の権利擁護を基本理念とする精神科ソーシャルワーカーも、ややもすると人権侵害をする立場になる危険性があることを指摘すると同時に、今後このような問題が起らないよう警鐘を鳴らした。この一連の問題は、日本の法律や制度の改革には至らなかったが、後の同協会の「倫理綱領」の制定へつながることとなる。

その後、時代は昭和末期へ流れ、1984（昭和59）年に日本の精神科医療を大きく揺るがす事件が起きる。

栃木県にある報徳会宇都宮病院で、入院中の患者が看護スタッフによって暴行を受け、死亡するという事件が発生した。さらに捜査を進めると、無資格者による診療やカルテかの改竄などの問題も次第に明るみになり、宇都宮病院以外にも職員による患者への暴力行為を始めさまざまな不正行為が矢継ぎ早に明るみになり、精神障害者の人権が守られていないどころか医療機関としての機能を果たしていない病院が多いことに対し、諸外国からも大きな批判を浴びることとなった。同時に日本の精神科医療の未熟さや、隔離収容主義で患者の社会復帰のための施策が不十分なことについても国際的に批判された。

なおこの事件は「宇都宮病院事件」という名称で現在も多くは精神科医療従事者に知られており、精神保健福祉士養成のテキストや社会福祉辞典等にも同名称で経緯を説明されている。

上述の宇都宮病院事件の発生を契機に日本の精神科医療は大きな改革を求められ、従来の『精神衛生法』の改正が喫緊の課題となった。

その後、1987（昭和62）年、『精神衛生法』を『精神保健法』に改正、公布され、翌1988（昭和63）年の7月から施行された。精神障害者の人権擁護および社会復帰の促進が明言されたこ

の法律の主な改正内容は、①患者本人の同意に基づく「任意入院」の制度の新設（同時にそれまでの「同意入院」を「医療保護入院」へ名称変更）、②入院時の書面による権利等の告知制度の新設、③入院中の精神障害者における入院の必要性や人権侵害が行われていないか等の審査を行う役割を持つ「精神医療審査会」の新設、④従来の「精神衛生鑑定医」に代わる「精神保健指定医」を新設、やむを得ず本人の同意に基づかない入院を行う際の判断や、隔離・身体拘束等の判断をする等の職務に関する内容の規定、⑤「社会復帰施設」に関する規定の新設、などである。

このように『精神保健法』において、ようやく患者自身が自分の意思で入院する制度が設けられた。また、これまでの隔離収容主義を解消し、退院促進と社会復帰について明文化したことや、5年毎の法律の見直しについて規定したことも特筆すべき点である。

同時期の精神保健福祉領域における大きな変化は、先述の「Y問題」における反省から、1988（昭和63）年6月、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（現：公益社団法人日本精神保健福祉士協会）に倫理綱領が制定され、当該倫理綱領の「倫理原則」に「精神保健福祉士は、クライアントの自己決定を尊重し、その自己実現に向けて援助する。」また、倫理基準には「クライアントの知る権利を尊重し、クライアントが必要とする支援、信頼における情報を適切な方法で説明し、クライアントが決定できるよう援助する。」「クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をする。」と定められた。

6. 平成初期

時代は平成に入り、1993（平成5）年、それまでの『心身障害者対策基本法』を『障害者基本法』として改正、このときに精神障害者が「障害者」の定義に含まれることとなった。改正前の障害者の定義には、身体障害者・精神薄弱者（現：知的障害者）と規定され、精神障害者については明文化されていなかったが、精神障害者が法的に障害者として認められることで、日本の精神障害者に対する施策は大きな前進をもたらすこととなる。

『障害者基本法』の成立および施行を経て、1995（平成7）年、それまでの『精神保健法』を大きく改正し、法律名を『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略称：精神保健福祉法）』へ改称、その目的として同法の第1条には「精神障害者の医療・保護、その社会復帰の促進・自立と社会経済活動への参加の促進のための必要な援助、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より、精神障害者の福祉の増進・国民の精神保健の向上を図ることにある」と規定された。

この改正時において「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新設された。『障害者基本法』において、精神障害者は法律上障害者と認められたものの、それを証明するものは各種診断書もしくは精神障害による年金受給を示す証書程度であったが、本手帳は一定の精神障害の状態であることを証明することが可能となり、各種制度やサービスが利用しやすくなった。

その後『精神保健福祉法』は数回の改正を経て現在に至る。最も大きなものは2013（平成25）年に改正、翌2014（平成26）年4月から施行された。主な改正内容は、①医療保護入院において「保護者の同意」から「家族等の同意」へ変更、②それまで大きな負担となっていた「保護者制度」自体の廃止、③医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者として「退院後生活環境相談員」を配置すること、⑤精神医療審査会の委員に「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」の追加、⑥退院促進のための体制整備の義務づけ、などである。

7. おわりに

以上、精神障害者の「自己決定権」に若干の焦点を当て、日本の精神障害者に対する施策や法の変遷を振り返ってきた。

2014(平成26)年1月日本も批准した「障害者の権利に関する条約」の追記として、「特に精神障害者に対する当事者の同意のない医療行為や医学的乱用を絶対的に禁止し、障害者権利条約第4条を踏まえて財政上の理由でこれを延期してはならない」という勧告が記されていることから、今後は本人の同意に基づかない医療行為は基本的にを行うことができない方向へと進むこととなる。

なお、自己決定の原則は、「基本的人権の尊重」と「生存権の保障」という価値概念が基盤にあり、ソーシャルワークの実践における重要な原則とされる。また、ソーシャルワーク教育の場で必ず取り上げられるバイステック(F. P. Biestek)は「ソーシャルワークの7つの原則」において、「クライアントの自己決定の原則とは、ケースワーク過程において、自らの選択と決定を行う自由についてのクライアントの権利と要求を認めること」と定義し、さらに「ソーシャルワーカーは、人間であれば誰もが生まれながらに自己決定の能力を備えているという確固たる信念をもつべきである」と述べていることから、今後も精神保健福祉士等の専門職がソーシャル・アクションを起こしていくことも重要であると考えられる。

※本稿は、科学研究費助成金<平成29年度～平成31年度基盤研究(c)>

『医療行為の選択と同意における判断能力の不十分な人への意思決定支援に関する研究』
(17K04295 研究代表者 林真帆)に基づく研究成果の一部をなすものである。

参考・引用文献

1. 福永ひとみ 井上聡子 木原博子
『精神科看護における『自己決定』の捉え方の動向と援助への課題』
川崎市立看護短期大学紀要 12(1), 35-43, 2007-03-31
2. 藤野ヤヨイ『我が国における精神障害者処遇の歴史の変遷－法制度を中心に－』
新潟青陵大学紀要第5号 201-215 2005
3. 吉川武彦『法制度からみた精神保健福祉の変遷－精神保健福祉法の制定の背景を探る－』
医療 52(4) 219-225 1998
4. 桐原尚之『「Y問題」の歴史－PSWの倫理の糧にされていく過程－』
立命館大学 Core ethics 9 71-81 2013
5. 呉秀三 櫻田五郎著『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』
(精神医学古典叢書新装版) 2009 創造出版
6. 古屋龍太著『精神障害者の地域移行支援』2015 中央法規
7. 大西次郎『精神保健福祉学の構築 精神科ソーシャルワークに立脚する学際科学として』
2015
8. 橋本明『精神病患者と私宅監置 近代日本精神医療史の基礎的研究』 2011 六花出版
9. 高知県精神保健福祉センターHP
<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060303/rekishi.html> (2018年1月20日閲覧)