



国連が驚いた 日本の精神医療の 「強制」と「支配」 廃止のためのロードマップを 考える

日弁連決議とロードマップの実現

弁護士 池原毅和

2021年の 日弁連人権擁護大会決議

【被害の検証と救済法の制定】

入院していることの辛さや残念さを調べて、辛い経験や残念な経験をなくしていくこと

【インフォームド・コンセントの徹底・強制の廃絶】

お医者さんから病気や薬のことをしっかり説明してもらって納得して治療を受けられること。入院を決めるのは最後は自分であること

【インクルーシブな社会で生活する権利の確立】

街中のアパートや都営住宅やグループホームで自分が好きなように暮らせるようにすること

【パリ原則に基づく人権機関の確立】

納得できないことを病院からは独立した中立的なところに訴えて、ちゃんと審査してもらえること



日本に対する総括所見

■ 14条

①強制入院の廃止（差別的自由剥奪の禁止）

②患者の意思に基づかない医療介入を認める法的規定の廃止、強制的治療の禁止を含む平等な質、水準の医療へのアクセスの保障のための監視機構の設置

③自由意思に基づくインフォーム・ドコンセントの権利を保護するアドヴォカシー及びセーフガードの確保

■ 15条

精神障害（psychosocial disability）のある人に対する強制的治療を正当化し、非人間的な取扱をもたらすあらゆる法規定の廃止。

■ 19条

精神科病院の無期限の入院の終焉のための入院者のケース検証とインフォームド・コンセントを遵守した地域精神保健支援と自立した生活の促進。



強制入院をなくすべきか否かの議論
ではなく、

いつまでにどのようにしてなくすか
が問われている。

V 精神的健康の枠組みへの権利

A. 義務

35. 経済的、社会的文化的権利の国際規約は到達しうる最高水準の精神的権利への法的拘束力のある枠組みを提供している。これは他の確立した法的基準によっても補強されており、その中には障害者権利条約、女性差別撤廃条約、子どもの権利条約などが含まれる。締約国は国内法、制度、政策、財政方針、プログラムほかの方法で、精神的健康への権利を尊重し、保護しそして充足する義務を課せられている。

36. 精神的健康への権利は即座の義務と、計画的に具体的、対象を明確にした行動を求められる漸進的義務の双方を含んでいる。加盟国は適切な指標と基準を使い進歩を監視しなければならない。それには強制医療の減少と廃止の観点も含まれる。指標は他の要素、性、年齢、人種と民族、障害そして社会経済的地位によって分類されなければならない。世界的に精神的健康は身体的健康に費やされる資源の 10% 以下しか費やされないことに耐えているのだが、加盟国は提供できる最大の資源を健康への権利に費やさなければならない。

37. 幾つかの義務は漸進的実現とされるのではなく、即座に履行されなければならない。それには一定の自由と中核的義務が含まれる。中核的義務には国内の公衆保健戦略の作成でありそしてサービスへの非差別のアクセスが含まれる。精神的健康への権利に関しては、それは、地域での平等なサービス提供を含む、強制医療をなくし権利に根ざした精神保健サービスへの平等なアクセスを導くロードマップを持った国内精神保健戦略の開発と解釈される

66. 特別報告者は、あらゆる形態の同意のない方法の絶対的禁止に関し様々な利害関係者とりわけ医学界の懸念に注目している。特別報告者はそのラディカルな減少と最終的な廃止は時間がかかる挑戦的な過程であることを認識している。しかし、精神保健の現場での人権侵害が広がっていることは受け入れられないこと、そして変革が必要なことについては意見が一致している。現状を正当化するために法的あるいは倫理的議論を使うのではなくて、それに代わり、強制を廃止するためには一致した努力が必要だ。そうした変革に向かう即座の方策をとらないことはもはや受け入れられない。そして特別報告者は、以下、5 つの計画的で焦点を当てた具体的行動を提案する。

- a. 法改革も視野に入れた政策における強制に代わるオルタナティブの主流化
- b. 実践的な非強制的なオルタナティブの豊かなバスケットの開発
- c. 権利を持つ主体を含む、多様な利害関係者の参加による、その廃絶も視野に入れた強制的医療の実践のラディカルな減少のロードマップを開発する
- d. 国内外の好事例の交換を確立する
- e. これらの目標への進歩を監視するための研究への投資の拡大と量的質的データの収拾

富士山に登るロードマップ



精神保健に関する法制度の改正等

精神科医療・福祉をよくしていくための道筋

強制入院の段階的廃止
＝任意入院を除く精神病床の大幅削減・閉鎖

自立した地域生活を支える地域医療・福祉サービスの開発・拡充と【差別偏見のない社会の実現】

2021年
(短期的工程)

- ・1991年の世界水準を満たすこと
- ・弁護士が公費で代理人になる。
- ・精神医療審査会を独立させる。
- ・入院要件厳格化
- ・入院者10万人に減少
- ・【被害実態調査と被害・尊厳回復の法制度の創設】

- ・措置入院：①自傷他害のおそれの即時性・切迫性を要件とする
- ②軽微な法益侵害行為の除外
- ・医療保障入院：①強制によらない全ての支援を尽くしていること、②精神疾患の重篤性、③入院治療による症状改善の高度の蓋然性、④入院治療より制限的でない他の代替手段の不存在

- ・住む場所、生活費、家事などを支える。
- ・【総合・一般病院での受診の適正化】
- ・訪問診療・往診・ACT等の拡充
- ・当事者運営型事業所の展開
- ・【合理的配慮】・仕事の時間や条件をその人にあわせて調整する。

2025年
(中期的工程)

- ・当初の法の立場を実現
- 精神病院法（1919年）
- 精神衛生法（1950年）

- ・強制入院の受入先を国公立病院に限定

- ・人の気持ちを大事にする医療福祉(対話中心、ピア・サポートなどを積極的に)
- ・オンブズマン制度の拡充
- ・【町の中心に交流・相談拠点】

2030年
(最終段階)

- ・精神障害者だけを狙った法律ではなく、みんな同じ医療法にする。
- ・病院からは独立した中立の審査をする。

- ・インフォームドコンセントの徹底
- ・強制入院は一般医療と同じ緊急法理要件のみ

- ・安心して暮らせる地域支援
- ・【精神保健をともに考え、排除・差別のない社会に向き合う豊かな地域の形成】

2035年

いろんな人が生活する町での生活が守られ、精神科医療は風邪をひいて近くのお医者さんに行くのと同じように、ふだんの生活を支える道具の一つとしての役割を果たすだけ。

強制入院廃絶の支柱

- 強制入院の功罪：軽視されてきた負の側面の発掘
- 規範的な視点：障害者権利条約

強制医療の
負の側面



強制入院の被害実態調査結果（第一分科会）

量的な結果

- 約80%が悲しい、辛い、悔しい体験と回答
- 嫌悪感が68%と最も多く、恐怖心・喪失感・絶望感がいずれも60%を越えた。50%がトラウマとして残っていると回答した。
- 嫌悪感・恐怖心・喪失感・絶望感にととも当てはまるとの回答が70%近く、トラウマにととも当てはまるとの回答が59%

自由記述と権利侵害の実情

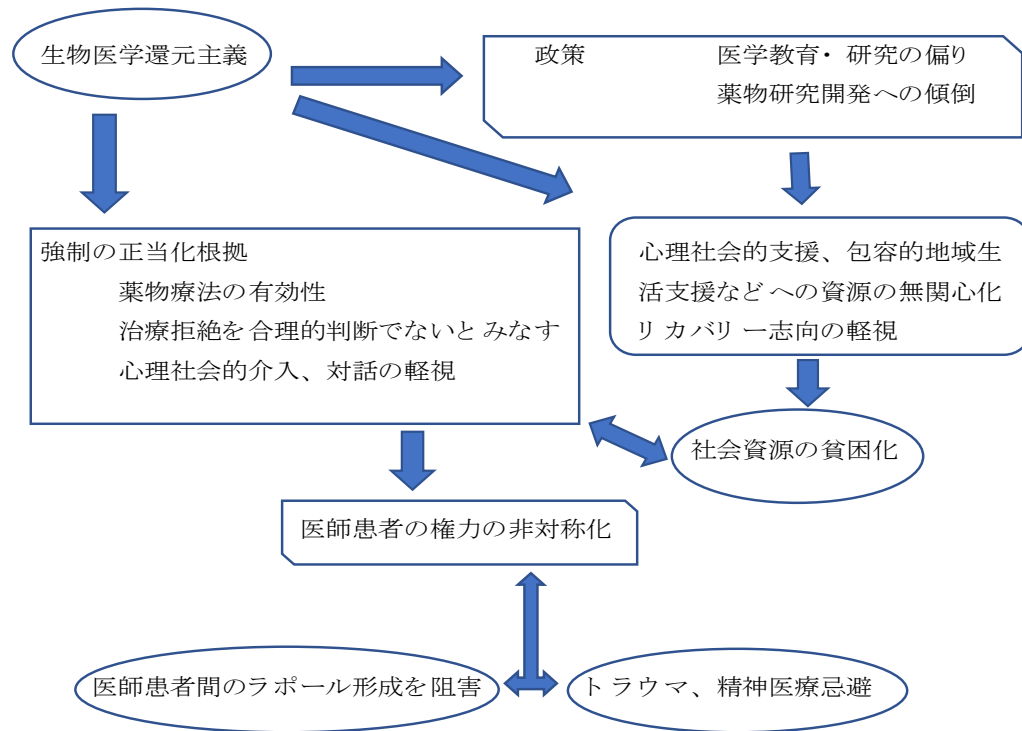
- 「人を信じられなくなった」、「死にたくなった」、「人としての尊厳を奪われた」、「人権を侵害された」、「嫌な思いが強く言葉にできない」、「人生のどん底に落ちた感覚」、「愚かさを感じた。思い出したくもない。」、「思い出すと情けなく涙が止まらなくなる」、「生きる目的がなくなった」、「自尊心が、日々なくなっていき、いつしか気にならなくなった」、「私の人生は、もう終わった…と感じた」
- プライバシー侵害、暴言、暴力、侮辱、性的被害、無視、通信面会制限、隔離拘束、入院の長期化、外出制限、電気ショック、不妊手術、薬の副作用

健康の権利に関する特別報告官報告（国連人権理事会2017年採択A/HRC/35/21）

65. 精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることをおそれさせ、多くの人を追い払ってきた。障害者権利条約の枠組みで健康への権利を今考える時、医学的強制をラディカルに減らしすべての強制的精神科治療と拘禁を廃絶する方向への動きを促進する即座の行動が求められている。これに関連して、加盟国は、身体的精神的インテグリティに関する決定において障害者の代理として同意をする、意思決定代行者を許してはならない。その代わりに救急と危機の状況のときも含みすべての時に決定をするための支援が提供されなければならない。



健康の権利に関する特別報告者報告のエッセンス



- 精神障害の原因は脳内の神経伝達の異常にあるので、神経伝達物質の授受に働きかける抗精神病薬の投与は有効で合理的な治療方法という大前提。
- 多剤大量投与の温床
- 強制入院・強制的治療への依存と正当化、入院の5割弱が強制入院
- 精神療法や心理的な働きかけ、地域生活を支えることなどは、精神障害を治すことにはほとんど関係ない。
- 精神保健福祉予算の95%以上が医療予算、医療予算の4分の3入院医療予算

生物医学還元主義の問題点。



生物医学還元主義に対する懐疑 その1

- 1960年代以降、米国では治療効果が高いとされる抗精神病薬が次々に開発されて使用されてきている。しかし、抗精神病薬の開発に比例するように精神障害のある人は増え続けている。よい薬が開発されたらその病気の人は減らないとおかしいのではないかな？
- WHOの調査では、抗精神病薬が十分に供給できている国よりも、抗精神病薬の供給が十分にできない途上国の精神障害のある人の予後の方がよい結果が出ている。
- 抗精神病薬の長期服用についての治験や実証的なデータはない。
- 抗精神病薬は脳内の神経伝達の恒常性（ホメオスタシス）を狂わせてしまうのではないかな。

「心の病の『流行』と精神科治療薬の真実」（R2・ウィタカー著、福村出版）



生物医学還元主義に対する懐疑その2

オープンダイアログの概要

- 統合失調症の急性期などに、医師、看護師、心理士等のチームが、本人の家に訪問して、本人や家族の話を聴きながら対話的な関係を拓いていく。
- 365日いつでも連絡があった時から24時間以内に訪問してダイアログを始める。
- 危機を脱するまで毎日1時間程度のダイアログは続ける。
- 薬物療法は補助的位置づけ

治療成績

	OD	従来型治療
入院期間	19日短縮	AC.16.7日 G.27.5日 Rihb.149.5日
服薬不要化	65%	0%
2年間予後再発なし又は軽微	82%	50%
障害手当不要化	77%	43%
再発率	24%	71%

強制の反治療性 その1

- 一般的意見第1号：強制治療は、精神障害、知的障害及びその他の認知機能の障害のある人にとって特に問題となる。強制治療は、効果がないことを示す経験的証拠と、強制治療の結果、深い苦痛とトラウマを経験したメンタルヘルス制度利用者の意見にもかかわらず世界各地の精神保健法で現在も続いている侵犯行為であるから、締約国は、強制治療を容認し、あるいは実行する政策と法的規定を廃止しなければならない（para.42）。
- 到達可能な健康を享受する権利に関する特別報告官報告：精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることを怖れさせ、多くの人に精神医療を忌避させてきた（para.65）。



強制の反治療性 その2

- ハンセン病国賠訴訟判決は、患者隔離政策がもたらす被害は個別的な人権では評価しつくせない**人生被害**であることを認め、社会からの隔離により「人として当然に持っているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれるのであり、その人権の制約は、人としての社会生活全般にわたるものである。このような人権制限の実態は、単に居住・移転の自由の制限ということで正当に評価し尽くせず、より広く憲法13条に根拠を有する人格権そのものに対するものととらえるのが相当である。」と判示。



強制の反治療性 その3

被害実態アンケートから

- 被害実態アンケート：約80%が、悲しい、辛い、悔しい体験をしたと回答、
- 嫌悪感が68%と最も多く、恐怖心・喪失感・絶望感がいずれも60%を越えた。50%がトラウマとして残っていると回答した。
- また、嫌悪感・恐怖心・喪失感・絶望感にとっても当てはまるとの回答が70%近く、トラウマにとっても当てはまるとの回答が59%
- 「人を信じられなくなった」、「死にたくなった」、「人としての尊厳を奪われた」、「人権を侵害された」、「嫌な思いが強くて言葉にできない」、「人生のどん底に落ちた感覚」、「愚かさを感じた。思い出したくもない。」、「思い出すと情けなく涙が止まらなくなる」、「生きる目的がなくなった」、「自尊心が、日々なくなっていき、いつしか気にならなくなった」、「私の人生は、もう終わった…と感じた」
- プライバシー侵害、暴言、暴力、侮辱、性的被害、無視、通信面会制限、隔離拘束、入院の長期化、外出制限、電気ショック、不妊手術、薬の副作用、



QUALITYRIGHTS、 WHO も言い始めた！

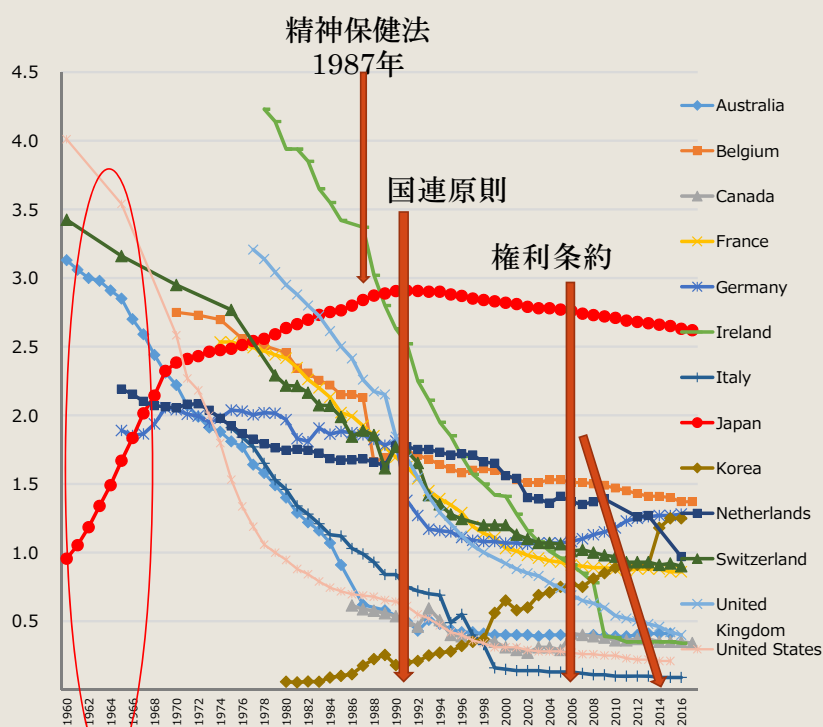
従来の精神医療福祉では、非人間的な生活環境、有害な治療、暴力とネグレクトと虐待、インフォームドコンセントなしの制度的な強制入院と治療があり、本人が望む地域での自立生活のニーズにも支援にもならず、むしろ本人の希望をくじき絶望のままに放置するサービスしかなかった。また、地域社会には広く偏見と差別と不平等がはびこり、好むところに住み、結婚して家族を持ち学び、職を得て、余暇を楽しむ機会を否定され、他の人が経験しない精神的、身体的、性的虐待を経験することも多かった。

それを変えるのがQUALITYRIGHTSである。



精神障害に関する障害者権利条約の 主な条項

- 12条：法的能力の平等性と法的能力行使の支援を受ける権利
- 14条：障害を理由とする差別的な自由はく奪の禁止
- 15条：拷問等（インテグリティの侵害）の禁止
- 17条：障害のある心身がそのままの状態尊重されなければならないこと。
- 19条：多様な人々が生活を営むインクルーシブな地域で差別なく人生を享受する権利
- 25条：障害のある人に提供される医療サービスの質及び量がインフォームド・コンセントを含めて他の者に提供される医療サービスと平等であること。



強制入院を適切に
コントロールできるという
幻想

- 入院患者数29万人 ≒ 豊島区29万人
- 強制入院者数18.9万 ≧ 立川市18.4万人
- 隔離者数1万人/日、身体拘束者数1万人/日 > 逮捕者306人/日、勾留者248人/日
- ケネディ教書、自由権規約採択
- 1965年精神衛生法改正



合理的必要最小限度＋適正手続という 虚構からの決別

- 従来の人権論では、拷問や検閲などの絶対的禁止以外は、どの人権も、①正当な目的のための、②合理的必要最小限度の制限を、③法律に基づく、④適正手続によって行うことは許されると理解されてきた。
- 精神障害者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための原則（1991年国連採択）の原則16の（a）即時の又は差し迫った自傷他害の危険性がある場合、（b）判断能力の阻害＋入院なしでは深刻な状態悪化の可能性＋入院以外に適切な治療が行えない（非代替性）は①と②を、原則17, 18は④を定式化したもの。
- 合理的必要最小限度は現にある利益と不利益を比較検討することはできても、これから得られるかもしれない利益と起こるかもしれない不利益（不確実性の世界）を比較検討することはできない。
- 適正手続も、過去に存在した事実や現在存在する事実を検証することには適するが、まだ存在しない事実を検証することはできない。



「独立公平な第三者」への懷疑 手続から実体への転換

- 適正手続に基づく合理的必要最小限度の「拷問」は認められるか？
- 適正手続に基づく合理的必要最小限度の「検閲」は認められるか？
- 適正手続に基づく合理的必要最小限度の「死刑」は認められるか？
- 適正手続に基づく合理的必要最小限度の「差別」は認められるか？
- 「不当な差別的取り扱い」（差別解消法）、不当でない差別などあるのか？
- 適正手続に基づく合理的必要最小限度の「強制入院＝差別的自由の剥奪」は認められるか？
- 適正手続は、事柄の残虐性、差別性、反人道性、反民主性を払しょくするのか？
- 「独立した第三者」であれば判断者の恣意性を排除できるのか（植民地の宗主国裁判官による被植民地人の裁判、非障害者文化社会の裁判官による障害者の裁判）？

社会モデルから人権モデルへ 従来型福祉の問題点

- 福祉サービスが、住む場所、学ぶ場所、働く場所などを分離することによって、障害の有無によって、人の人生行路を二分し、社会的排除を構造化してしまった（Separate Parallel Tracks論）。
- Separate Parallel Tracksは、障害のない人用に作られてきた既存社会のあり方を変えようとしない頑迷な「健常者」の発想を前提にし、人間の差異と多様性に対する想像力と寛容性の欠如がもたらす差別の制度的障壁を形成する。
- 医療福祉サービスを受けることで人格や尊厳、人としての品位や役割を傷つけられてしまう。



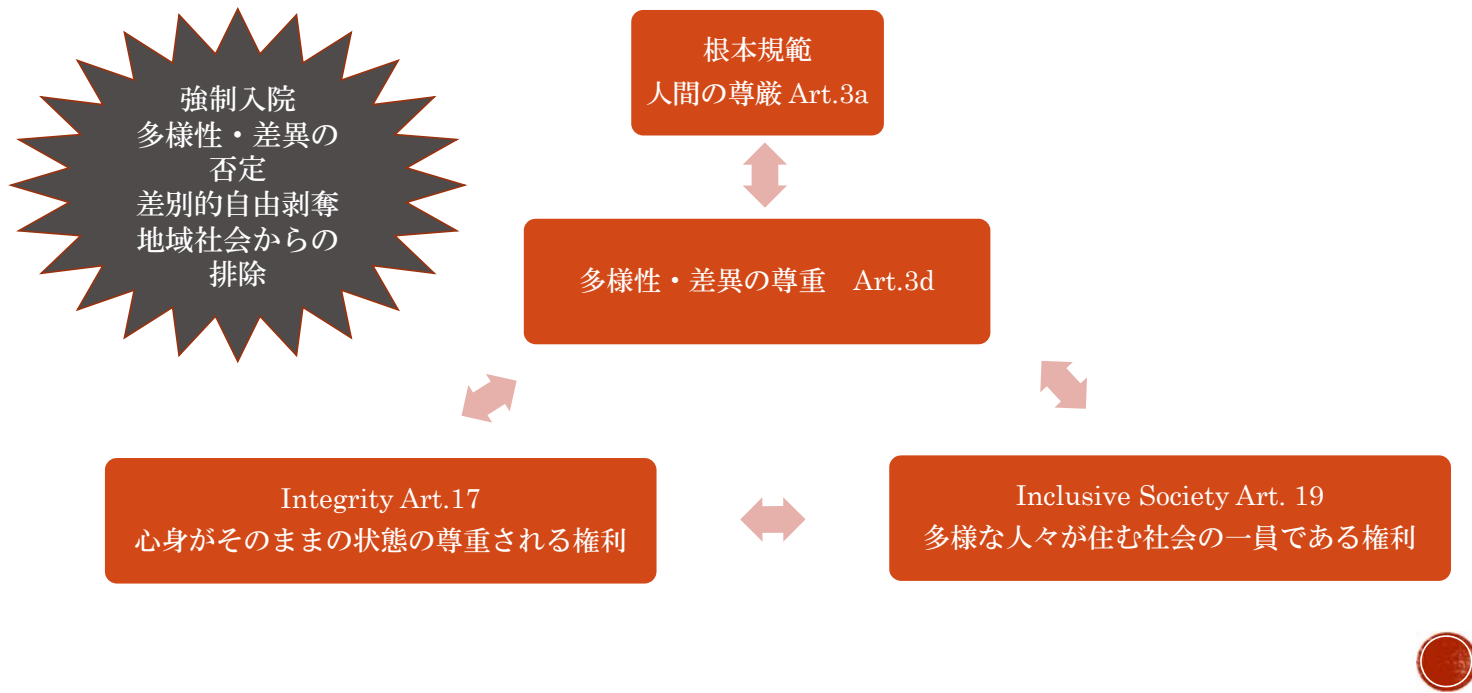
THE SEPARATE PARALLEL TRACK 福祉アプローチ



障害者権利条約が要請する社会

- 差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ（3条d）
- 全ての障害者は、他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態尊重される権利を有する（17条）
- 地域社会で生活する平等の権利と地域社会に完全に包容され、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる締約国の義務（19条柱書）。
- 居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有する(19条a)。
- 特殊な生活様式（particular living arrangement）による生活を強いられない（be not obliged）。

障害者権利条約の構造



「自立した生活と地域への包容」権利の一体性

「障害のある人の自立した生活と地域に包容される権利に関するテーマ研究」

- 自立した生活は単独の孤立した生活を意味するものではない。むしろ、それは社会において他の者と平等に、同じ水準での**自立性 (independence)**と**相互依存性 (interdependence)**をもって自己の生活に影響する事柄を選択し、選択した事柄の実現に向けた協働を管理していく自由を行使することを意味している。したがって、19条は「自立した生活と地域への包容」を一体の権利として定めている。そこにおける自律 (autonomy) と包容 (inclusion) は相互に補強し、互いに作用しあって分離を回避するものである (para.13)。

脱施設化の本質

- 「施設」には、①地域生活からの孤立と分離、②日常生活の決定に関するコントロールの欠如、③型にはまった日課、④各人の選好や必要性への非対応性、⑤中央管理部門一下、集団として同じ場所で行われる全員まったく同じ活動、⑥サービス提供における保護的なアプローチ、⑦本人の同意に基づかない生活様式の管理、⑧同一の環境で生活する障害のある人たちの不釣り合いな人数の多さ、⑨ 複数の者が一人の介助者に依存せざるをえないこと、⑩そうした場合に介助者に対する発言力がなくまたは乏しいことなどの共通要素がある（前記テーマ研究）。
- 施設化（Institutionalization）とは、単に特定の施設（setting）で生活することというだけではない。一定の生活の仕方（living arrangement）が強いられる結果として生活を自ら支配できなくなるということに問題の本質がある。この意味において全体の管理が監督者に残っているのであれば、グループホームを含む小規模な環境が必ずしも巨大施設よりもよいということにはならない（前記テーマ研究）
- イタリアの脱病院化の特徴「病院から地域へ、というのは、単に医療の場が病院の内から外へ移動したということではなく、病むことも含めて人が生きるということそのものを中心に据えたということである」（松嶋健「プシコナウティカ イタリア精神医療の人類学」世界思想社）

Thank You!





資料編

すべての人の身体的精神的な到達可能な最高水準の健康の享受の権利
に関する特別報告者報告（A/HRC/35/21）

PARA.8,21,23,24,25

- 精神保健サービスは生物医学パラダイムへの還元主義者によって支配されてきており、こうした支配は知的障害者、認識障害のある人、精神障害者、自閉症のある人、そして支配的な文化的、社会的そして政治的基準から外れた人々を排除し、放置し、強制と虐待することをもたらししてきた。
- 精神保健分野での人権の促進と保護は、臨床、研究そして公共政策の場面での権力の再分配にかかっている。精神保健分野における意志決定の権力は生物医学のゲートキーパー、とりわけ製薬業界に支えられた生物医学的な精神医学の手に集中している。このことは総合的なケアの近代的な原則、精神保健の統制、革新的で独立した学際的な研究そして権利に根ざすことを最優先にする精神保健政策を損なっている。・・・国内の精神保健戦略は生物医学的な課題を反映しがちであり、市民社会、精神保健サービスユーザーそして元ユーザー、そして非医療職の様々な分野の専門家の意味ある参加と見解をさえぎる傾向がある。
- 権力の不均衡を基盤としている現行の精神医学の現状は多くのユーザーの不信を導き、精神医療の専門職の評判を脅かし損なっている。
- 複雑な精神的健康に関する事柄の生物医学還元論に基づいた陳腐な知恵は、研究によって支持されないというのに、精神保健政策とサービスを支配している。



PARA.19

- 精神保健分野は過剰に医学化され続け、精神医学と製薬業界の支持のもとで還元主義的な生物医学モデルは、臨床、政策、研究課題、医学教育、そして精神保健における投資を世界中で支配している。低所得、中所得、高所得のいずれの国々においても精神保健への投資の大多数は不均衡に生物医学モデルの精神医学に基づいたサービスになされている。以前に考えられていたほどには有効ではないという証拠の蓄積、すなわち有害な副作用をもたらし、とりわけ抗うつ剤は軽いあるいは中程度のうつ病には有効とされる経験はプラセボ効果に起因するとされているにもかかわらず、抗精神薬は治療の第一選択として偏って使われている。こうしたリスクにもかかわらず、抗精神薬は世界中の高所得、中所得、低所得の国々での使用が増え続けている。私たちは精神に取り組むための最良の解決策は投薬と他の生化学的な介入であるという神話を売りつけられてきた。



PARA.20

- 心理社会モデルが生物医学パラダイムに対してのエビデンスベースの対応として出現してきた。これは、精神的健康を害する要因となるリスクファクターと良好な健康状態に積極的に寄与する誘因として、心理社会的経験を理解することによって、生物学的要因（排除するのではなく）の先へと向かう。それは一般的ケアに統合される短期間で費用も安い介入をも含みうる。適切に使われるならば、こうした介入は不利な立場に置かれた人たちをエンパワーでき、子供の養育や他の能力を改善し、彼ら自身の状況において個人を目標として関係性の質の改善と自尊心と尊厳を促進することができる。生物医学的介入がより効果的であるという恣意的な仮説を避け、健康の権利に応じる精神保健体制は、生物医学的および社会心理的なモデルと介入は適切にバランスを取られなければならない



- 精神医療における強制はケアの関係の中で権力のアンバランスを永続させ、不信を引き起こし、スティグマと差別を激化させ、主流の精神保健サービスに助けを求めることをおそれさせ、多くの人を追い払ってきた。障害者権利条約の枠組みで健康への権利を今考える時、医学的強制をラディカルに減らしすべての強制的精神科治療と拘禁を廃絶する方向への動きを促進する即座の行動が求められている。



- 適切に背景と関係性に取り組まない治療へ生物医学還元主義のアプローチは、もはや健康への権利に従っているとはみなされない。生物学的医学の要素は重要であり続けるが、それが支配的であると非生産的であり、権利を持つ主体の力を削ぎ、スティグマと排除を強める。
- 向精神薬は助けになりうるが、誰にでもよくきくわけでもなく、多くのケースで不要である。徴候や適応があるからではなく、有効な心理社会的および公的な保健による介入がないために、向精神薬を処方することは、健康の権利と両立しない。たとえば、「経過観察」中の軽いあるいは中程度のうつ病のほとんどのケースの場合、社会的な支援と精神療法が最初の治療であるべきだ。

(特別報告官報告書の邦訳は山本真理訳<https://acppd.org/jngmdp-backup/unhrmechanism/unhrcouncil/4239.html>に依拠して若干の修正を加えたもの)



当初の法の立場

- 精神病院法（1919年）

- 1条 主務大臣の道府県に対して精神病院設置を命じる権限

- 2条 地方長官の前条の病院への強制入院権限

- 7条 例外的としての、代用病院の許容

- 精神衛生法（1950年）

- 4条 都道府県の精神病院設置義務

- 5条 代用病院の存続を許容（指定病院）

- 29条（措置入院） 都道府県の設置した精神病院又は指定病院への強制入院

- 33条（同意入院／医療保護入院） 国公立限定はない