

精神保健福祉法改正へ向けての提言：子どもの人権の視点から

日本児童青年精神医学会
子どもの人権と法に関する委員会*

1. 精神保健福祉法の児童精神医学的な問題点

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法という）を子どもの人権という視点から眺めたとき、まず気付くのは、基本的にこの法律が対象として大人と子どもを区別していないという点である。以下、本論では子どもの人権という観点から精神保健福祉法の持つ問題点を検討していくが、本論において大人と子どもの区別は、便宜的に民法における成年と未成年の区別と同じとする。ただし、対象としている群の規定が必要な部分では、そのたびに説明を加えることとする。

精神保健福祉法は精神科医療、精神保健、精神障害者福祉に関連する諸規則を定めた法律である。精神科以外の同領域の法律である医療法、地域保健法、障害者基本法にも年齢に応じた規定が特になく比較すれば、このことはそれほど大きな問題ではないという見方もあるかもしれない。しかし、もともと精神保健福祉法は強制入院に関する手続きを定めることを主な内容とする法律であり、そのような法的性格からは、法律の対象となる人の年齢—それは対象者の理解力、同意能力、社会的行為能力などに直結する—に応じた規定の在り方が検討される必要があるだろう。精神保健福祉法は、その淵源を明治 33 年の精神病者監護法に求めることができ、精神病者監護法（および精神病院法）、精神衛生法、精神保健法に連なる法律である。したがって、もともとその守備範囲は主に精神病者の入院（もしくは監置）、とりわけ強制入院に関する規定であったものが、精神衛生法（昭和 25 年）以降、入院に関する規定だけでなく精神科医療、精神保健、そして精神障害者福祉全般に関連するさまざまな領域の事項が加えられることになった（精神保健福祉研究会、2016）。

精神衛生法の時代には、法文上「保護義務者の同意による入院」は第 33 条に定められていたが、その一方で現在の精神保健福祉法にある「任意入院」は、法律の中で明確に規定されていなかった。精神病者監護法から精神衛生法に時代が移って、「家族が病者を監護する」から「家族に依頼された医療関係者が治療する」ように法律の規定が変化しても、「家族が入院を決める」という伝統は残り、それは平成 25 年改正において保護者規定が無くなったにもかかわらず、医療保護入院の決定時における「家族等同意」という形で現在も残り続けている（岡崎、2014）。

もともと精神病者監護法は、家族が精神病者を監護・監置するための資格、手続き、方

* 太田順一郎（本件担当）、高岡健（委員長）、木村一優（担当理事）、安保千秋、松田文雄、村上真紀、定本ゆきこ、田中容子、富田拓（以上、委員）、羽間京子（前委員）

法などについて定めたものであり、精神病者は法律적으로는監護・監置を受ける客体に過ぎなかった。法律的には、私宅監置、病院監置についても治療についても精神病患者自身の了解や同意は問題とされていない。したがって、入院者が子どもの場合であっても、とくにそれに関する規定が無いことも、ある意味では当然と言えるだろう。昭和 62 年に施行された精神保健法では、その 22 条において、「精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」とされ、入院が必要と思われる場合にはまず任意入院を目指すという方向性が示されたので、このときが子どもの精神科病床入院に関する規定を見直すチャンスでもあったはずだが、そのような動きは全く認められなかったし、精神科医療において子どもの権利擁護にもっとも敏感であるべき児童精神科医の側からも、残念ながらそのような提言はなされなかった。本稿ではこの積み残しの課題に対して、わが国における精神保健福祉法以外のさまざまな法制度や、海外の精神保健法や少年法の規定と運用の実際（今回は精神保健・医療の領域で先進事例として参照されることの多い英国を例として取り上げた）を参考にして、現行の精神保健福祉法の改正へ向けた、児童精神医学的視点からの提言を行う。

2. わが国の法律と子どもの同意能力

2-1. わが国の法律が子どもにどのような能力を認めているか

(1) 民法上の能力について

民法上問題となる、人の能力の類型には、意思能力、責任能力、行為能力の 3 つがある。意思能力とは、行為の結果を弁識するに足りるだけの精神能力のことであり、法律行為（法的効果が生じる行為）によって異なるが、大体 7～10 歳で認められている。意思能力を欠く者の法律行為は無効となる。責任能力とは、不法行為の面で自己の行為の責任を弁識するに足りる精神能力のことであり、その有無については具体的な事案に応じて裁判所が判断をしている。たとえば、11 歳、12 歳 2 か月、14 歳 11 か月で無しとされた判例がある一方で、11 歳 11 か月、13 歳 2 か月でありとされた判例がある。責任能力を欠く者は、損害賠償責任を負わない（民法 712 条）。また行為能力とは、自らの行為によって法律行為の効果を確定的に自己に帰属させる能力のことであり、民法は、「満 20 歳をもって成年とする」（民法 3 条）と規定し、行為能力が備わるのは 20 歳としている。但し、婚姻をしたときは成年擬制がされ、行為能力が備わる。

意思能力がある未成年者が単独で法律行為をした場合は、当該法律行為は一応有効であるが、法定代理人（親権者、未成年後見人）が取り消すことができる。つまり、意思能力ある未成年者が、法定代理人からの取消をされない法律行為を行うためには、法定代理人の同意を得ておくことが必要となる。なお、平成 21 年の法務省法制審議会において、民法の成年年齢を 18 歳に引き下げる答申が出ており、現在政府は民法における成年年齢改正に向けて準備を進めているところである。

以上のことから、わが国の民法においては、未成年であっても意思能力および責任能力

の有無は個別に判断されることになり、一方で行為能力については未成年には認められていないことになる。ただし、民法に含まれる家族法上の行為（身分行為）には、本人の意思を尊重するために、以下のとおり、特別の規定がある。

- ① 15歳になれば、養子縁組及びその離縁、遺言の作成ができる。
- ② 婚姻適齢（男18歳、女16歳）になれば、父母の同意を得て婚姻できる。
- ③ 平成23年民法改正により、親権停止、喪失、親の財産管理権喪失、未成年後見人選任・解任の各申立権が未成年者に認められた。但し、意思能力は必要である。
- ④ 強制認知（787条）、認知の無効、父を定める訴え（773条）については、未成年者に、以前より、解釈上、申立権が認められている。
- ⑤ 15歳になれば家庭裁判所に対して、a.父母の氏が異なる場合に自分の氏を父又は母に変更をすること、b.正当な理由のあるときに自分の名を変更をすること、の申立権が認められている。

（2）選挙権について

憲法は、選挙権については法律で定めるとしてあり、公職選挙法の改正により、平成28年7月より、投票年齢が18歳に引き下げられた。

（3）その他

様々な法律で年齢規定を設けているが、各法律の目的や趣旨によって、子どもの心身の発達や教育課程等を考慮して、どの年齢でどのような能力を認めているかは様々であり、社会状況等の変化により平成27年の公職選挙法改正のように年齢規定が変更されている。

なお、「未成年者」という用語は民法において20歳未満を指す用語であるが、「児童」という用語は児童福祉法においては18歳未満を指し、母子及び寡婦福祉法においては20歳未満を指し、児童手当法、児童扶養手当法においては18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者を指し、子どもの権利条約においては18歳未満を指すというように、法律や制度によって示す内容が異なっている。

2-2. 民法の親権と子どもの自己決定権（人格権）および意見表明権

（1）民法における親権

親権とは、親子という固有の身分関係から派生する、未成年者の子を監護教育するために、その親に認められた権利義務の総称である。民法に規定されている親権の内容は、以下のとおりである。

- ① 身上監護権：監護教育権（820条）、居所指定権（821条）、懲戒権（822条）、職業許可権（823条）、身分上の行為の代理権（755条、787条、791条、797条、804条、917条）
- ② 財産管理権（同824条）

平成23年民法改正までは、民法820条の監護教育権の規定は、「親権を行う者は、子の監護及び教育をする権利を有し、義務を負う。」という文言であり、親権はだれのためにあ

るかが明確でなかった。平成 23 年民法改正により、子どもの利益のためであることを明確化し、「親権を行う者は、子の利益のために子の監護及び教育をする権利を有し、義務を負う。」と改正された。また、民法 822 条の懲戒権の規定も、懲戒権は子の利益のために行われる子の監護及び教育に必要な範囲内でのみ認められると改正された。さらに、2 年を超えない範囲の親権停止制度（822 条の 2）が創設されるとともに、親権停止・親権喪失（834 条）、管理権喪失（835 条）の要件に、子どもの利益を害することが加えられた。

以上のとおり、平成 23 年民法改正により、親権は子どもの利益のためにあり、親権は子どもの利益のために行使すべきことが明らかにされた。

（2）子どもの権利条約に示された親子の養育関係

子どもの権利条約では、子ども自身に成長発達権（6 条）があり、子どもの養育及び発達に対して親は第一次的責任を負い、親が責任を遂行できるよう国が第二次的責任を負う（18 条）と規定している。

平成 23 年改正民法では、親権は子どもの利益のためにあることが明確にされたが、子どもの権利条約では、子ども自身の成長発達権を中心におき、子どもの権利に対応する形で親の責任や国の責任を明確にしている。

平成 28 年 5 月に成立した改正児童福祉法では、第 1 条に「全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する。」と規定し、第 2 条に「全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。」「児童の保護者は、児童を心身ともに健やかに育成することについて第一義的責任を負う。」と規定し、子どもの権利条約に沿った規定となっている。

（3）子どもの自己決定権

言うまでもなく、大人と同様に子どもも、等しく憲法上の基本的人権を享有する存在である。自己決定権は、憲法 13 条後段の幸福追求権に基づく憲法上の権利である。よって、子どもが自己決定をする能力を有する場合には、子どもの自己決定権が認められることになる。

（4）子どもの意見表明権

子どもの権利条約 12 条 1 項は、「自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について、自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において、児童の意見は、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする。」と規定をする。12 条の趣旨は、子ども自身に関わるあらゆる事項について、同条約 3 条の「子どもの最善の利益」を確保するために、子ども自身の権利として意見を表明する機会を保障することが不可欠であるという、これまで国際的な諸準則において確立されて

きた考え方を手続的原則として定めたところにある。

子どもが自己に影響を及ぼす全ての事項の決定に意見を表明する権利及びその意見が正當に尊重される権利を保障することは、子どもがそれらの決定過程に何らかの形で参加する権利を保障することを意味する。

子どもの意見表明権が認められるということは、その反映として、関係者が以下の義務を負うことを意味する。

- ① 子どもに意見表明や参加の機会を十分に保障しなければならない義務（機会保障義務）。これには、十分な情報提供が前提となる。
- ② 子どもが意見表明を行った場合には、これに対し、誠実に応答する義務。特に、その意見が、大人の意見と異なる場合は、その意見及びその理由を十分に子どもが納得するように説明をする義務（誠実応答及び説明義務）。
- ③ 表明された意見について、その年齢や成熟度を考慮し、相応に尊重する義務（意見尊重義務）。

2-3. 医療における子ども

以上の法的な諸原則を前提として、医療における子どもの問題について検討するが、3つのレベルの問題がある。まず、子どもが診療契約を確定的に有効に締結できるかというレベルの問題、次に、医療行為に対する同意ができるかというレベルの問題、そして、同意ができなくても意見を聴くプロセスが必要であるかというレベルの問題である。

（1）診療契約の締結

診療契約は、法律行為である。民法では、未成年者（20歳未満）が単独で法律行為（診療契約）をした場合は、その法律行為は一応は有効であるが、親権者が取消をすることができることになる。しかし、診療契約については、生命・身体という一身専属的な事項にかかわる契約であるから、一般の取引行為とは異なり、親権者の取消の対象にならないという見解がある。

国連子どもの権利委員会第2回政府報告書審査に基づく最終見解（2004年2月26日）においては、「18歳未満の子どもが親の同意なく医療的カウンセリング及び医療的情報を利用できるように法律を改正すること」という勧告が出ている（46項〈b〉）。

（2）医療行為に対する同意

医療行為は、患者の身体に対する侵襲行為を伴うため、患者の同意が必要となる（札幌地裁、1978）。医療行為に対する同意権（同意能力）は、憲法13条後段の幸福追求権のうちの自己決定権に基づくものであり、子どもが自己決定可能な年齢に達していれば、親権者の意向に関わらず、単独で同意することが可能と考えられている（大谷、1997）。

成熟度は個々人によって異なり、必要とされる理解力や判断力も疾病や医療行為の内容によって異なるので、同意能力の有無は、最終的には個々に判断せざるを得ない（林、2002）（丸山、2003）。イギリスでは、16歳以上の者は医療行為につき単独で同意をなすと

定められているが、日本における学説上の一応の目安としては、15歳から16歳、あるいは18歳といった年齢があげられている。15歳の根拠となっているのは、民法の養子縁組や遺言作成可能年齢あるいは義務教育終了年齢であり、16歳の場合は、民法の女子の婚姻適齢、原動機付き自転車の運転免許取得年齢であり、18歳の場合は、高校卒業年齢である。なお、2008年に宗教的輸血拒否に関する合同委員会が報告した「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」は、宗教的輸血拒否の場面に限ってではあるが、年齢に応じた対応を定めており、参考となる。

子どもに同意能力がない場合は、多くの見解は親権者に子どもに代わって同意をする代諾権を認めている（水野、2000）（大谷、1999）。親の代諾権の根拠は親権のうちの身上監護権にあり、親権は子どもの利益のために認められたものであるから、親権者は子どもの最善の利益となる意思決定をなす最適の立場にいるという理由からである。したがって、親権者は、子どもの最善の利益にかなうよう代諾権を行使すべきことになる（最高裁第2小法廷、1981）。

親権者が子どもの生命、身体に重大な危険が生じているのに、医師らの説得に応じず医療行為を拒否し、子どもの利益を害する場合、ある程度時間的余裕がある時は、児童相談所長等が、家庭裁判所に対し、親権停止（2011年民法改正により新設された、父母の親権の行使が困難または不相当であることにより子の利益を害するときに、2年以内の期間を定めて親権を停止することができる制度）、保全処分及び親権代行者の選任を申し立て、選任された親権代行者が代諾をする方法がある。

(3)医療における子どもの意見表明権

子どもに同意能力が備わっていないと判断される場合も、子どもの意見表明権について十分な配慮が必要である。子どもの年齢、成熟度や対象となる事項の内容や性格に応じて、子どもの意見を聴くプロセスが重要と考えられている（①機会保障義務、②誠実応答及び説明義務、③意見尊重義務）。この場合、意見を聴くプロセスは何歳くらいから必要であるかについては、国連子どもの権利委員会では、幼い段階から意見表明の主体であるとしており、確認可能な範囲で子どもの希望及び気持ちを正當に考慮することを求めている。

3. 英国における同意能力の法的根拠と親権

英国では、18歳以上が成人である。従って、法的に入院及び治療の同意に関して問題となるのは、17歳以下である。The Family Law Reform Act (1987) では、16歳と17歳には医療上の介入へ同意する権限を成人と同じく与えるとしている。しかし、拒否については、親権もしくは裁判所のいずれかの判断が優先されることがある。

入院については、The Mental Health Act (2007)において、16,17歳の場合、同意が得られない場合には、親権者の同意による入院は出来ないとされている。

16歳未満の少女への避妊薬の処方合法であるという判決（Department of Health、1985）により、16歳未満の未成年が、提案された事柄を十分に理解できるレベルに達して

いるなら、治療を受けるか否かの親の決定権は停止されることとなった。これを Gillick Competence と言い、英国における同意能力のスタンダードとなっている。

The Children Act (1989) において、親権を持つ者は、母親、父親（生まれたときに母親と結婚していた場合）、結婚をしていない父親（この場合、裁判所に登録するなどのいくつかの方法で親権を得られる）、選定後見人 **legally appointed guardian**、裁判所より **residence order** のあった人、**care order** のあった地方自治体とされている。親権者の一人が同意をすれば、他の親権者が同意をしなくてもよい。子どもの最大の利益に反するという判断があった場合には、裁判所に判断をゆだねる。

ちなみに、親権 **parental rights and responsibilities(2016)**とは、子どもに家を提供すること、子どもを保護すること、子どもを育てること、子どもに教育を受けさせること、子どもの治療に同意すること、子どもに名づけ名前を変えるときに同意すること、子どもの財産の面倒を見ること、とされている。

4. 考察

平成 25 年の精神保健福祉法改正において、保護者制度は廃止となった。一方で医療保護入院決定における「家族等同意」が制度として残り、これは大きな問題とされている。わが国の家族状況の変化を受けたといえるこの制度変更の流れは、入院患者の権利擁護機能を強化する方向で一層進められる必要があるが、精神科入院における子どもの人権保護規定に関する見直しもまた、行われるべきである。

実際には、精神科入院における子どもの権利擁護の強化は、大人におけるそれと共通した部分が多い。まず、強制入院決定に関する手続きについては、「家族等同意」を廃止して、強制入院の決定が国およびその代行者としての自治体によって行われることを、明確にするべきである。これは、医療保護入院の決定過程において、保護者制度を引き継ぐことになった現在の家族等同意の制度が包含している、伝統的な考え方の見直しを求めるものとも言える。それは、大人の場合であれば、保護者制度／家族等同意に見られる「家族は精神病者の利益を代弁する存在である」という伝統的な考え方の見直しであり、子どもの場合であれば、「親は子どもの利益を代弁する存在である」という伝統的な考え方の見直しとなる。ただし、子どもの場合は、子どもの特性に基づく特別な配慮が必要な部分もあり、法的にもそれを十分に考慮した規定が求められる。

このように考えたときに、子どもの特性として、制度的な面から考えてもっとも配慮が必要と思われるのは、「親権」という概念に象徴される親と子の関係性であろう。子どもの精神科病棟への入院や精神的治療を実施する場合、親権を有する親には子どもに対する身上監護権、財産管理権、懲戒権などが認められているので、親権を有する親の意向への配慮が必要となる。平成 25 年の法改正に関連して、平成 26 年 1 月 24 日に発出された厚生労働省精神・障害保健課長通知において、医療保護入院時における家族等同意には保護者制度のときのような優先順位は存在せず、家族全員が同意者として同格であることが明言

されながら、同時に「家族等の中の判断の不一致を把握した場合において、親権を行う者の同意に関する判断は、親権の主旨に鑑みれば、特段の事情があると認める場合を除き、尊重されるべきものと解する」と述べられ、親権者には特別の地位を与えている。これは法律の運用としては大きな矛盾を孕んだ解釈であり、現場に混乱をもたらしているという批判も強いが、親権というものに配慮しているという意味で、その意図するところは理解できる。

治療に同意することや入院に同意することは（この2つの事項の区別は実は非常に重要なことだからであるが、本論では紙幅の関係でこの点については詳述を避け、主に非自発的入院について検討している）個体に対してきわめて侵襲的なことがらへの同意であり、一身専属的な事項であって、家族を含む他者による代諾ということは本来的にはあり得ない、と当委員会は考えている。したがって、あたかも家族の同意によって入院が決定されるかのような（実際には家族等同意は強制入院のための十分条件ではなく必要条件に過ぎないのであるが）現在の精神保健福祉法の規定は大きな問題を有しており、現在の「家族等同意」という規定は廃止されるべきであるが、そうなった場合には子どもの入院決定に対する親権者の関与についての規定を設けるべきであろう。具体的には、大人も子どもも同様に家族等同意という制度を廃止し、それと同時に、子どもの医療保護入院の決定においては、親権者の意見を十分に尊重しなければならないという内容が明示される必要がある。

医療保護入院の決定に対する親権者の関与に加え、保護者制度の廃止に関連してもう1つ検討しておかなければならない事項として、入院後の患者の権利擁護者としての親権者の役割をどのように考え、法制度上どのように位置づけていくか、という問題がある。平成25年法改正前の保護者制度のもとでは、保護者には医療保護入院の決定時の同意者の役割とともに、強制入院中の精神障害者に対して、治療に関する監督義務、財産上の利益保護義務、医師に対する協力義務、医師の指示に従う義務、措置入院者に関してはその引き取り義務などが定められていた。これら保護者に求められていた保護義務に対してはこれまでに多くの批判があり、これらの保護義務に象徴される保護者の過重負担が保護者制度廃止の一つの理由でもあった。平成25年改正において保護者制度が廃止になり、入院決定における家族等同意が残る中で、その家族等同意は入院時にのみ有効であり、入院後の撤回などという事態はあり得ないことが強調され、同意した家族には同意後に何も義務が存在しないとされている。

これまでの保護者制度の中で、保護者が入院患者の権利擁護者として十分に機能してきたかどうかは別にして、保護者制度が廃止された現在、平成25年の改正では先送りされた代弁者制度を含めて、強制入院中の患者に対する新たな権利擁護制度の検討が必要である。新たな権利擁護制度の中心は、まず強制入院決定の主体の明確化と精神医療審査会の強化という2本の柱によるべきであり、これは入院者が大人であっても子どもであっても変わりはない。また、患者が入院する精神科病床の中にも権利擁護システムは必要であり、そ

れはおそらく職種としては精神保健福祉士のような病院職員によって担われることになるであろう。この点も、大人と子どもの間に特に違いのない、共通の事柄である。

一方で、権利擁護の本来的な主役は患者本人であり、また患者の家族、友人、その他の支援者といった私的な資源による権利擁護機能も重要である。

患者自身による権利擁護機能については、大人と子どもでは違いが生じることになる。それはつまり、大人からインフォームドコンセントを得るための努力が必要なように、同意能力のない子どもからはインフォームドアセントを得るための努力が必要になるということである。

2-3 で述べたように、子どもであっても同意能力を有していることはあるが、有していない場合にもアセントを得る努力が不可欠である。換言するなら、権利の侵害から自己を守るための能力が大人と同程度備わっているかを検討した上で、そのような自己防御能力が不十分な子どもに対しては、子どもの理解能力に応じた適切で丁寧な入院患者の権利等に関する説明が必要であり、子どもが自分の意見を述べることができるようにするための支援が必要である。なお、後者については、直近の法改正を巡る検討会でも議論されてきた代弁者制度の整備も、考慮に値する方法の一つといえよう。

患者の家族、友人、その他の支援者といった私的な資源によって、公的な権利擁護システムの補完をすることも重要である。このような私的な資源の活用は、例えば退院請求や処遇改善請求をすることができる範囲の新たな規定や、前述した代弁者制度の実質的な整備によって実現すると考えられるが、子どもの入院の場合は、医療保護入院決定における親権者の意見の尊重と同様に、権利擁護者としての親権者の役割を条文の中に明記すべきであろう。ただし、この場合重要なことは、「親権」という概念の変遷についてすでに述べたように、親権者だから子どもに関する事由を決定する権利がある、といった旧い考え方ではなく、親権というものは子どもの利益のためにあるという考え方、すなわち親権とはある意味では子どもの権利なのだという考え方が、法律の中に表現される必要がある。これについては、2-2 で述べたように平成 23 年民法改正において親権に関する基本的な考え方が明確化されたことや、3 で述べたように、英国においては親権 **parental rights and responsibilities** という概念が、親の権利というよりも子どもの権利を擁護するための親としての義務というニュアンスが強いことが、重要な示唆を与えてくれる。

最後に、自発的入院者および非自発的入院者の両方の人権擁護のためには、入院者の同意能力を適正に評価することが当然に求められることになるが、この場合、通常何歳から精神科入院に関する同意能力を有するのか、という基本的な共通認識が必要である。それは当然個別のケースによって差異があるものであるが、前述の英国における **Gillick competence** の規定や、わが国における民法等における遺言能力や養子縁組能力の規定と同様に、一般的な規定が必要であろう。英国の **The Mental Health Act** によると 16,17 歳の場合、同意が得られない場合には、親権者の同意による入院はできないということは前述した。わが国の精神科における非自発的入院に関しても、このような基準を示したうえで、

基準となる年齢以下の患者に対しては、成人とは異なった（より丁寧な）権利擁護制度を規定する必要がある。

加えて、成人における非自発的入院と異なる点として、子どもの自発的入院および自発的入院拒否は、子どもの経済的・社会的従属性ゆえに、しばしば等閑視されがちになる。したがって、入院に対して十分な同意能力を有している子どもが入院を拒否したとしても、その意見表明が顧みられずに、子どもにとって不本意な入院が、任意入院の形式をとって行われる場合が少なくない。これに対する権利擁護制度を早急に検討することが必要である。

5. 提言

子どもの人権擁護という観点から、精神保健福祉法改正に向けて、以下の提言を行う。

- 1) 医療保護入院の決定における家族等同意を廃止し、決定者が国および自治体であることを明確にしたうえで、子どもの入院の場合は、その決定において親権者の意見が尊重されなければならない旨を明記する。
- 2) 精神医療審査会の強化、および入院する病院の精神保健福祉士等による入院中の患者の権利擁護体制を強化するとともに、子どもの医療保護入院に当たっては、本人からインフォームドアセントを得るための努力（代弁者制度など、意見表明に対する支援体制の整備を含む）が必要である旨を明記する。
- 3) 権利擁護者としての親権者の果たすべき役割を明記する。

文献

Department of Health (1985): Seeking consent: working with children.

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4067204.pdf
(accessed on 9/Feb/2017)

林美紀（2002）：医療における意思能力と意思決定．新井誠，西山詮（編）：成年後見人と意思能力（pp.248－268）．東京，日本評論社．

丸山英二（2003）：カルテ開示とインフォームドコンセントの法律問題．法と精神医療，17，88－109．

水野邦夫（2000）：患者の自己決定権とその限界．太田幸夫（編）：新裁判実務大系・医療過誤訴訟法（pp.36－52）．東京，青林書院．

岡崎伸郎（2014）：精神保健福祉法 2013 年改正の教訓．太田順一郎，岡崎伸郎（編）：メンタルヘルスライブラリー33 精神保健福祉法改正（pp.166－172）．東京，批評社．

大谷實（2014）：精神保健福祉法講義 新版第二版．東京，成文堂．

大谷實（1997）：医療行為と法 新版補正第二版．東京，弘文堂．

Parental rights and responsibilities (2016):

<https://www.gov.uk/parental-rights-responsibilities/what-is-parental-responsibility>

(accessed on 9/Feb/2017)

最高裁昭和 56 年 6 月 19 日第 2 小法廷判決 (1981) : 判例タイムズ, 447, 78-80.

札幌地裁昭和 53 年 9 月 29 日判決 (1978) : 判例タイムズ, 368, 132-152.

精神保健福祉研究会 (2016) : 四訂精神保健福祉法詳解. 東京, 中央法規.

The Children Act (1989): <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents>

(accessed on 9/Feb/2017)

The Family Law Reform Act (1987): <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1969/46>

(accessed on 9/Feb/2017)

The Mental Health Act (2007): <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20> (accessed

on 9/Feb/2017)

(2017 年 2 月 11 日)