

日精協の見解

日本精神病院協会
会長 河崎 茂

医療制度及び保険制度等の改正につき精力的に検討されている。特に精神保健福祉法については、障害者の人権尊重と社会復帰対策の推進対策は進められている。此等のことを踏まえて日精協の意見を述べたい。

精神保健及び精神障害者福祉に関する 法律改正に対して

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」改正について、日本精神病院協会では、現行法の精神医療の実践の視点から、会員の意見を集約し、法改正要望事項をまとめましたので、ここに要望書を提出いたします。法改正にあたりましては十分にご配慮くださいますようお願い申し上げます。

1. 『触法精神障害者対策』を視野にいたした法改正の検討

わが国においては、触法精神障害者対策として、世界の先進諸国に見られるような専門的な法制度が充実しておらず、ただ措置入院制度でかろうじて現実に対応しているに過ぎない。精神医療が開放医療から地域医療へ、更にノーマライゼーションの大きな動きのなかで、触法精神障害者対策については、現行の措置入院制度は対応の限界に立たされている。その具体的な場面が「最高裁 北陽病院事件判決」であるといえる。

特に触法精神障害者のなかでも、重大な犯罪（殺人、放火等）を犯したものは、一般の措置制度とは別にし、その対策を検討することを要望する。

触法精神障害者の対策

1. 現行措置入院を2種類に分け、特別措置と一般措置とし、特別措置入院は触法精神障害者（重大犯罪を犯したもの、法第25条検察官通報、法第25条の2保護観察所の長通報対象者）に適用する。
2. 原則として国、都道府県立病院（政令指定都市においては市立病院を含む）及び特別に厚生省が指定した病院に入院する。ただし、指定を受けた民間病院には補助金を給付する。（*憲法第29条③財産権）
3. 特別措置入院の解除には、2名の指定医の判断並びに精神医療審査会の審査にかけることとする。
4. 特別措置入院の費用は公費で行う。

*参考：憲法第29条③ 私有財産は、正当な補償のもとに、これを公共のために用ひることができる。

II. 『精神医療審議会』について

1. 触法精神障害者（重大犯罪を犯した者等）の措置解除を審査することを検討する。
2. 精神医療審査会の機能に病院管理者からの申請による公的病院、または知事の指定する民間精神病院等へ入転院希望に関する審査を行う機構をつくることを検討する。
3. 精神医療審査会の合議体の数
現行では審査会の委員数は法で5～15人以内と規定されているが、今改正で地域の実情（万対病床数、取り扱う案件数等）に応じて合議体の数をふやせるように委員数を5～40人とする。
4. 精神医療審査会に専従職員を配置し、退院請求、処遇改善に必要な調査相談業務等を行い、会の円滑な運営を図ることが必要である。

III. 『精神科救急医療体制の法定化』について

現在、精神科救急医療体制は最大の課題となっている。地域精神医療が推進されればされるほど救急事例は多様となり、一般科で実施されている第1次から第3次まで対応できる体制が精神科においても不可欠である。また、適切な役割分担を持ったネットワークシステムが必須となる。特に、1次、2次救急を多くの民間精神病院が担当しているが、これら民間病院からの「後送システム」がないことが大きな問題である。後方病院を法的に指定することが検討されるべきである。

指定病院には、国、都道府県立病院並びに知事が指定する公的病院、民間精神病院等を救急指定病院（第3次救急）として法定化し、民間の場合は予算措置を行うことを検討する。合併症対策も同様な体制を組むことが必要である。

IV. 『公的精神病院の任務』について

現行法第19条の7において都道府県立精神病院の設置は謳われているが、その業務については、政令、省令等においても明示されていない。

その任務として、国、都道府県立精神病院は、『政策医療の中で民間精神病院では行い得ない業務』について実施することを法文に明示することを検討する。

また、（民間）指定病院が、その任務を代行する場合の補償（憲法第29条③）を明示すること。現行法第19条の8はその点で不鮮明となっているので検討すること。

特にI. で述べた触法精神障害者については、国の責任は重要である。

V. 『指定医の取り消し』について

指定医に対する罰則は、精神保健福祉法第9章第52条～57条にもとづく罰則に従うべきであり、行政処分の適用には慎重を要する。取り消しが必要とされる場合は、医師法7条に準ずるべきで、情報の公開を原則とし、都道府県知事による聴聞の機会を与え処分の事由等明らかにしなければならない。

現行法では法19条の2②による指定医の免許の「取り消し」しかないが、前段階として医師法第7条に準じた業務の一時停止や再免許交付基準、講習の再受講等を含む段階的な処分を検討する。

VI. 『保護者』について

保護者制度については、保護者の高齢化もあって、不法行為の防止義務を負わせることは困難である。選任を拒否する扶養義務者も増えてきている。

保護者の始期と終期、後見人制度の複数制、後見人を自然人に限らず権威ある機関も考える。また、精神障害者本人の意思を尊重した選任方法の検討が望まれる。

特に老人性痴呆疾患患者の財産管理に関しては早急な対応が必要であり、これらを含めて、保護者制度は全面的に再検討される必要がある。これらの問題は現在検討されている成年後見法との関連で早急な検討が必要である。

VII. 『入院制度の見直し』について

1. 措置入院について

一般措置入院と特別措置入院に分ける。(II. 参考)

2. 医療保護入院について

現行の市町村長同意については形式的な入院同意にとどまっており、実質的な入院中の保護者義務、退院後の社会復帰への努力規定を自治体に義務づける必要がある。

3. 応急入院について

応急入院の指定の基準の見直しを行い、2次医療圏に2～3病院を指定する。

VIII. 法44条[覚醒剤の慢性中毒者に対する措置]を削除する

覚醒剤慢性中毒者を精神障害者に準用する規定を削除し、覚醒剤取締法の改正で精神障害者とは別途に対策を立てる。ただし、覚醒剤精神疾患は精神保健福祉法で対応する。

IX. 『社会復帰施策の見直し』について

1. 『障害者プランの見直し』-特に社会復帰施設の規定についての見直し

「社会福祉事業法」を見直し、身体障害者、知的障害者に適用されている第一種社会福祉事業と精神障害者の社会復帰施設に適用されている第二種社会福祉事業を統一し、設立、補助金、利用料などの差を解消する必要がある。

2. 現行の法的居住施設(法50条の2)では今後増加が予想される退院者の受入れ施設としては不十分である。

今後、長期入院者を地域において処遇するためには、現在の法的施設に限らず、多様な居住リハビリテーション施設を新たに法定化することが必要である。

1) 永住型の居住施設としての「精神保健福祉施設」(心のケアホーム)を法定化することの検討。

2) 賃貸による小規模居住施設を法定化し、経費補助等実施することの検討。

3) 現行の社会復帰施設については、施設予算の面で大幅に充実する必要がある。

4) 現行精神障害者社会復帰施設設置運営要項の検討が必要である。

例えば、(1)施設の利用は保健所長の推薦が必要となっているが、これを削除し患者にかかわっている病院、施設の長等の推薦とする現状に合わせて再検討する。

X. 『精神障害者保健福祉手帳』について

1. 写真貼付による交通費の割引等の福祉サービスの向上を積極的にはかる。
2. 入院時食事療養費、高額療養費の自己負担額については、手帳所有者は限度額を別に設定する。

X I. その他の要望事項

1. 『障害者の雇用の促進等に関する法律』の法定雇用率に精神障害者を含めること。
職業リハビリテーション制度については労働省、厚生省の連携が必要である。
2. 「市町村障害者計画」の策定を市町村に義務づけ、策定の地域格差をなくし、社会資源の整備を地域毎にユーザーに必要な具体的な数値目標を書き込んでいくべきである。

X II. 5年後の見直しを行うこと

以上