

精神保健福祉法の改正に向けて

一精神障害者の人権の確保、社会的入院の解消、リハビリテーションの促進の視点から一

白沢英勝

(日本病院・地域精神医学会、宮城県立名取病院)

「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る」ことを目的に1987年に精神衛生法の改正が行われ、1988年7月より精神保健法が施行された。

1993年6月には同法の一部改正が行われたが、同年12月障害者基本法、1994年7月地域保健法の成立などにより、「精神障害者の福祉施策や地域精神保健の充実を図るとともに、適正な精神医療の確保を図るため」に1995年5月に精神保健福祉法が成立した。

しかし、精神障害者に対する隔離収容政策と差別的な諸施策の改善は、かけ声とは裏腹に遅々として進まず、今なお、36万余の病床と34万近くの入院患者を擁しており、各種社会復帰施設が法定されたとはいえその設置数は微々たるものに過ぎず、数万にも達する「社会的入院者」を抱えている。

この10年間で2度の改正が行われ、今回3度目の改正を迎えているが、精神医療・保健・福祉の貧困な現状を改革するためには、何よりも法制度上の抜本的な改正が必要とされている。

精神医療・保健・福祉の現状

厚生省は「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と社会復帰の促進」、「福祉施策や地域医療の充実を図るとともに、適正な医療の確保」を法改正の主旨に掲げてきた。果たして、厚生省の意図する通りに、我が国のそれは改善されてきたであろうか。

1997年6月30日現在の精神病床数は361,053床、在院患者数は339,726人、万対病床数は26.8となっている。在院患者の入院形態別患者数の割合は措置入院が1.6%、医療保護入院が29.0%、任意入院67.3%、その他2.1%となっている。措置、医療保護、任意入院者の内、5年以上の長期入院者は46.0%を占めている。又、入院患者に占める65才以上の高齢患者は98,780人(29.4%)、平均在院日数は441.4日となっている。又、1995年の精神医療審査会の機能評価に関する研究・資料(精神保健課調べ)によれば、全入院者の51.6%が閉鎖処遇をうけており、任意入院者の44.6%が閉鎖処遇となっている。

以上をみると、我が国の精神医療が依然として収容型の医療であり、且つ、長期にわたる収容の結果、入院患者の半数近くが5年以上の長期入院者で、1/3近くが65才以上の高齢患者で占められている。一指標として在院患者数を5年前(1992年6月30日)と比較すると在院患者は2.1%の減に過ぎない。

他方、全国の社会復帰施設の充足状況を見ると、1997年10月1日現在、援護

寮は 129、ショートステイ施設47、福祉ホーム85、通所授産施設 113、入所授産施設15、福祉工場 6、グループホーム 492ヶ所となっており、施設受入可能人数は厚生省の試算によれば 9,026人となっている。又、これらの施設を地域からみると、都道府県により地域間格差が顕著であり、設立主体をみると全体に占める公営施設の割合は極めて低い水準に留まっている。

更に市町村障害者計画の策定状況(1997. 3. 31) をみると、策定済みの市町村は17.9%、その中に精神障害者施策を含めている市町村は68.7%と 2/3強に過ぎない。2002年の障害者プランの数値目標からみてもほど遠い現状にあり、「現状のままでは、障害者プランの達成に支障が生じることも考えられる」と厚生省自身も認めているところである。

法の改正に向けて

精神障害者の人権の確保、「社会的入院」の解消、リハビリテーションの促進の視点から問題の所在を明らかにし、併せて法の抜本的改正に向けて考えてみたい。

1) 患者の権利擁護に関して

1988年の改正により、入院時の告知、退院等の請求が法定された。しかし、告知は入院手続きに関するものであり、国連原則は治療への同意について、限定された例外を除き「患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行われぬ」としており、精神科においてもインフォームド・コンセントに基づく医療の展開が求められているが、告知自体もその内容を国連原則に沿ったものに改善すべきである。

退院等の請求については、精神医療審査会(1996年)で退院請求の審査件数は 862件、審査結果について不相当と認められたものは43件となっている。退院請求の審査に関しては、これまで年間1000件を越えておらず、且つ、都道府県での格差も大きい。又、処遇改善請求の審査件数は全国で48件となっており、審査結果で不相当と認められたのは僅か1件に過ぎない。この間、長野県の栗田病院、高知県の山本病院、大阪府の大和川病院など、患者の人権を無視した不祥事が発生しているが、上記の数値を考えると、法そのものに患者の権利を明確にした条項を加えるとともに、多くのヨーロッパ諸国が採用し、国連原則でも採択されているような市民的オンブズマン・システム(精神障害者権利擁護制度)を導入することが必要である。

2) 入院制度

a) 任意入院

全入院者に占める任意入院患者の割合は68.6%(1997年6月30日)となっている。任意入院者は平成2年に50%を越え、年々増加してきた。法によれば入院については出来るだけ任意入院につとめるとされ、その処遇は開放的処遇が望ましいとされてきた。

ところで1995年の厚生省の調査によれば、任意入院者の内、開放処遇、個別開放処遇の者は全体の55.4%であり、閉鎖処遇は44.6%となっている。1983年

の厚生省の調査では閉鎖病棟は64%、開放・半開放病棟は35%であり、1995年は閉鎖処遇の者51.6%、開放・個別開放48.4%となっている。この現状は法における任意入院の本趣からみて、殊にその処遇からみれば極めて問題が大きいといわねばならない。

他方、72時間の退院制限に関しては、厚生省の調査（1993年）によれば6月1ヶ月間の退院制限の件数は543件に達している。年間にすれば相当数が退院制限をうけていると推定される。任意入院の本趣は「本人の同意、退院の意志表明があれば退院させること、行動制限をしないこと」であり、「これを認めた上で、なお、必要な場合に拘束制限が許される」ものである。

以上から任意入院に関しては、その処遇について原則として「開放」処遇とするべきであり、本人の同意を得てやむなく閉鎖処遇とする場合には一定期間（少なくとも4wを越える場合）後に精神医療審査会に報告し、審査対象とするべきであり、又、72時間の退院制限を行った場合はその経緯を報告し、精神医療審査会の審査を行うことが必要である。

b) 措置入院

厚生省の調査（1997年6月30日）によれば措置入院患者は全体で4,772名となっている。新規措置入院患者は1990年次の2,164名から次第に増加傾向にあり、1996年次は3,430名となっている。ところで措置入院患者の入院期間をみると5年以上の長期措置入院患者は全体の62.1%にも達している。他方、精神医療審査会の審査状況をみると定期報告の審査件数は10,166件、審査結果により移行になったものは13件、入院継続不要は0件となっている。又、実地審査状況は、4,493件となっている。

措置入院が公的権力による強制入院であることからして、強制入院の要件は既に決議されている「国連原則」準じてより厳密且つ限定的に規定するべきであり、治療の必要性の原則を遵守する上で、この原則の対象とならない人格障害及び精神遅滞は措置入院の対象から除外するべきである。又、措置入院の審査は実地審査に重点を置く必要があり、措置入院患者全員に実地審査を行うとともに、その結果を定期報告書に添えて、精神医療審査会の審査に付すべきである。

c) 医療保護入院

医療保護入院者は94,827名（1997年6月30日）で入院患者全体の28.2%を占めている。医療保護入院の定期病状報告書は1年毎となっているが、1年以上の入院患者は全医療保護入院患者の73.9%にも達している。医療保護入院者の実地審査は4.7%、定期報告の審査件数は74,226件であり、審査の結果移行となったものは10件に過ぎない。医療保護入院は指定医の判断と保護者の同意による入院であり、患者にとっては強制入院に他ならない。こうした性格を有すが故に、又、医療保護入院の入院期間の現状からも、定期報告を現行の1年から6ヶ月に短縮し、且つ、実地審査をきめ細かく行う必要がある。

3) 精神医療審査会の機能強化

精神医療審査会は患者の人権擁護を目的に法定化されてきた。しかし、その

機能は既にみてきたように十分果たせていないのが現状である。とりわけ、精神病院の不祥事には全く無力であり、又、審査は書類審査に重点がおかれ、実地審査は軽視されてきた。更に、入院継続と処遇改善の是非については実効性のあるものとなっていない。このためには、当事者・保護者への告知を明確なものとし、圏域内の人口に配慮して審査体制を拡充するべきである。

従って、精神医療審査会の機能強化のために、審査会の行政からの独立、審査会への当事者のアクセス権の保障、審査会決定に対する上級機関への上訴権の保障が国際慣行からみても、最低限の規定として明記されるべきである。

4) 社会的入院者の解消とリハビリテーションの促進

1983年の厚生省の調査によれば近い将来退院の可能性のある者は全入院者の57%と報告している。日本精神神経学会の社会復帰問題委員会の調査報告(1991年)によれば、2年以上の在院患者はの内、適切な地域の受け皿(社会的資源)があれば退院可能な者(社会的入院者)は33%であったと報告している。

1996年6月30日現在の入院患者は338,714名であり、上記の数値から推計すると社会的入院者はおよそ6万から7万名にも達している。

ところで社会復帰施設については既に述べた通り(現状の項)の現状にある。そして、これらの施設の受け入れ可能人数は厚生省の試算によれば僅か9,026名に過ぎず、社会的入院者に必要とされる施設の1/6から1/7に留まっている。又、これらの各施設の設立主体をみるといずれの施設も公的機関による設置施設は極めて少数であり、且つ、地域間格差が大きい。

こうした現状を打開するためには地域精神保健福祉圏域を設定し、包括的なリハビリテーション計画と精神障害者福祉施策を推進するための地域保健福祉計画の策定が必要である。

そのためには地域リハビリテーションの推進のために独立した章だてを行い、精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健に関する役割、地域内の各種社会復帰施設や生活支援機関と医療、保健、福祉の各関係機関の連携を強化するために、精神障害者社会復帰促進センターを見直し、各圏域毎にセンターを整備することが必要である。

国連原則によれば地域社会における生活(原則3)、地域社会と文化の役割(原則7)、保健施設における権利と条件(原則13)において「社会的入院者」の存在が精神医療、保健、福祉の貧困さに由来するものと指摘している。

社会的入院者の解消はなによりも地域リハビリテーション体制の確立とそれと結合した福祉施策の推進が必要であり、そのためにも人的資源の充実と財政的な裏付けが不可欠である。