

精神保健福祉法の改正に向けて

―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―

白 澤 英 勝

(日本病院・地域精神医学会宮城県立名取病院)

「精神障害者の個人としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、適正な医療及び保護を実施し、かつ、その社会復帰の促進を図る」ことを目的に、1987年精神衛生法から精神保健法に改正された。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、精神保健福祉法が成立した。⁽¹⁾⁽²⁾

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」を抱えているのが現状である。

この10年間、2度の法改正が行われたが、精神医療・保健・福祉の現状は相も変わらず貧困なままであり、何よりも法制度上の抜本的改正を行い、現状の改革が必要となっている。

1、精神医療・保健・福祉の現状

厚生省の統計によれば1997年6月30日現在、精神病床は361,053床、在院患者は339,726人、万対病床数は26.8床となっている。在院患者を入院形態別でみると措置1.6、医療保護29.0、任意67.3、その他2.1%であり、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%にも達している。又、全入院者の内、65才以上の高齢患者は29.4%を占めている。⁽³⁾

スライドは1980年以降の全国の精神病床数の推移と法改正との関係を示したものである。1980年の30万4千床が年々増加し、1988年の精神保健法施行時には35万1千床、1993年には36万3千床となり、その後微減傾向にあるとはいえ現在、36万1千床余りを数えている。又、5年以上の長期在院患者の比率はこの10年間殆ど変化なく、65才以上の高齢患者は1990年の22.0%から1997年には29.4%と大幅に増加している。

法改正により社会復帰の促進を掲げて10年になるが、こと病床数、長期在院及び高齢化患者の推移から見ると限り法の目的とは裏腹に、我が国の精神医療は依然として「収容主義」にあるとみなければならない。それはとりもなおさず現行法及びその運用の限界を示すものといえよう。

スライドに1988年以降の入院形態別年次推移を示したが、精神保健法施行後3年にして自発的入院（任意入院及びその他の入院）が50%を越え、その割合は年々増加し、1997年6月30日現在69.4%となっている。

ところで、1995年の厚生省の調査によれば、入院中の患者で閉鎖処遇を受けている者は全体の51.6%、自発的入院者の内、閉鎖処遇を受けている者は43.9%（任意入院者では44.6%、その他24.5%）に達している。1988年4月の保健

医療局長通知は任意入院に際しては「開放病棟での処遇や閉鎖病棟においても例えば本人の申し出により病棟外への出入りを可能とするなどにより、できるだけ開放的な環境で処遇することが望ましい」としている。しかし、現実には半数以上が閉鎖処遇を受けており、現下の精神医療が「拘禁の体質」を色濃く残存させたままであることを示しているといえよう。⁽⁴⁾⁽⁵⁾

以上から、我が国の精神医療は収容・拘禁型の医療であり、且つ、入院患者の長期化、高齢化に特徴を有するといえよう。

スライドは1988年以降の社会復帰施設の設置状況の推移を示したものである。社会復帰施設は1987年の改正時に生活訓練施設（精神障害者援護寮、福祉ホーム）と通所授産施設が法定され、1993年改正時に「グループホーム」が追加され、1995年の改正において社会復帰施設として生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の施設類型化が行われた。

スライドのように援護寮、福祉ホーム、授産施設とも僅かな増加に留まっており、ここ2年グループホームの設置数が増加しているとはいえ、1995年12月に策定された「障害者プラン」の目標値まではほど遠い現状にある。更に、これらの施設の設置状況は都道府県により地域間格差が顕著であり、設立主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。

他方、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%に過ぎない。このように、精神障害者の福祉施策も極めて低水準に留まっているのが現状である。

2、法改正に向けて

今次「法改正」で問われていることは、既に

みたように貧困な現状の抜本的改革にある。以下、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の考察を加えたい。

1) 患者の権利擁護に関して

1987年の法改正により、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してのものであり、「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」としている。告知を法的な手続きに限定することなく、診断及び治療全般についてまで拡充することが必要であり、その内容を「国連原則」に沿ったものに改善すべきである。⁽⁶⁾

スライドは退院請求と処遇改善請求の年次推移である。

退院等の請求は、1993年が698件と最も少なく、1996年が862件となっている。退院請求の審査結果の内、「不適（請求が認められたもの）」とされたものは、1.4から5.0%となっており、これまで年間1000件を越えておらず、且つ、都道府県の格差も大きい。又、処遇改善請求の審査件数は全国で年間26件(1992年)から65件(1989年)に過ぎず、1994年以降は40件台となっている。審査結果で不適（請求が認められたもの）と認められたのは1995年の8件が最も多く、1996年は僅か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、精神病院の不祥事が相次いで発生しているが、これらに対して精神医療審査会は全く関与しえず、更に上記の数値を考えると、法で認められた権利を行使し得ない状況が精神医療の内部に根深く存在しているといえよう。従って、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）を早急に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。ところで既に述べたように、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%、1995年は51.6%であり、病棟の開放化の進展は遅々としたものに留まっている。この現状は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」にある。⁽⁷⁾

以上から任意入院の処遇については原則として「開放処遇」とすること、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。

措置入院は公的権力による強制入院であり、その要件は既に決議されている「国連原則」に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。

なお、措置入院を触法精神障害者対策とのからみで、「特別措置と一般措置とに分離すべき」との意見もあるが、触法患者が必ずしも処遇困難とは限らず、むしろ問題は強制入院に関わる医療の質を設備・人的資源ともに高め、地域の実情に即して措置病床を適正に配置することが必要であり、公的病院、指定病院を問わず、措置病床の指定基準を強化するなどの医療環境の整備こそが優先されなければならない。⁽⁸⁾

c) 医療保護入院

医療保護入院者は入院患者全体の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。医療保護入院は指定医の判断と保護者の同意による入院であるが、患者にとっては強制入院に他ならない。こうした性格、及び医療保護入院の入院期間の現状をみると、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

スライドは医療保護入院と措置入院の審査件

数の年次推移である。医療保護入院及び措置入院とも入院患者の減少により審査件数は減少している。1996年では医療保護入院の定期病状報告書の審査件数は7万4千件余りであり、実地審査は5.6%に過ぎない。措置入院は定期報告書の審査は1万件余り、実地審査は半数以下の44.2%となっている。精神医療審査会の審査は「書類審査」が中心となっており、こうした実地審査の軽視は、退院請求や処遇改善請求の審査件数の少なさとあいまって、審査会機能の実効性を著しく阻害しているといえよう。更に、審査会活動の都道府県間格差、審査請求状況にみる病院間格差の是正は急務である。

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り、圏域内の人口に配慮して審査体制を拡充し、審査会自体の情報を公開すべきである。

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%、1991年の日本精神神経学会の社会復帰問題委員会の調査によれば、2年以上の在院患者の内、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。⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

上記から推計すると社会的入院者はおよそ6万から7万名にも達することになる。しかし、1997年の社会復帰施設の整備状況を見ると、1995年12月の「障害者プラン」の数値目標すら達成することが困難な現状にある。そして、厚生省の試算によれば、現在の施設受け入れ数は僅か9千名余りに過ぎず、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ものは極めて少数であり、且つ、地域間格差も大きい。障害者プランに述べられているノーマライゼーションの理念の実現、即ち、障害者の社会参加の拡大をはかるためには、都道府県及び市町村の役割を明記し、その「障害者計画」にこれらの施設数値目標を設定し、施設の整備を図る必要がある。

ところで、数万にも上る社会的入院者を解消するためには病院一地域を含めた包括的な精神科リハビリテーション体制の確立が必要となる。山根はリハビリテーションの目的を「病や障害によって生活に支障をきたしている人が、病気として治療を受け、生活者としての権利が保障され、生活の場に参入し、再定住できるように援助すること」としている。⁽¹¹⁾

又、「長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究」では「社会的入院」に関し、第1に「比較的重度の精神障害者が安心して地域で暮らせるだけの社会的資源を整備すること」、第2に「刺激に乏しい施設環境の改善と、退院やリハビリテーション促進の専門サービスを明確に位置づけること」の2点を挙げている。⁽¹²⁾

現行法のそれに関する条項は病院関係では第38条（相談、援助）が、地域関係では第6章第2節（相談指導等）及び第3節（施設及び事業）である。しかし、これらの規定は極めて一般的な規定であり、リハビリテーションの視点は全く欠落しているといえよう。そのため、病院及び地域のリハビリテーションを担う体制、スタッフは極めて限定されている。例えば、病院のOTやPSW、CPなどの常勤スタッフ数はそれぞれ1978人、2746人、1204人であり、全国平均でOT、PSW、CP一人あたりの患者数はそれぞれ170.1人、122.5人、279.5人となっている。

病床数の推移と法改正

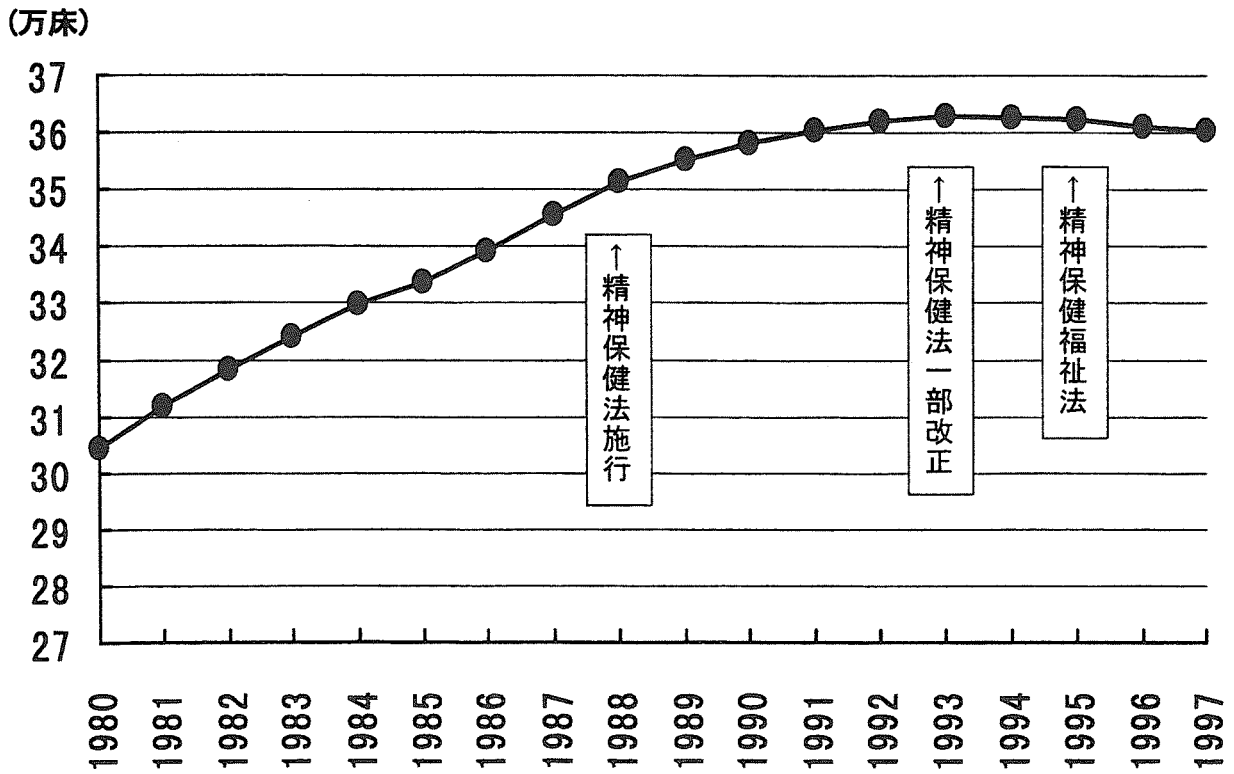


図1

入院形態別年次推移

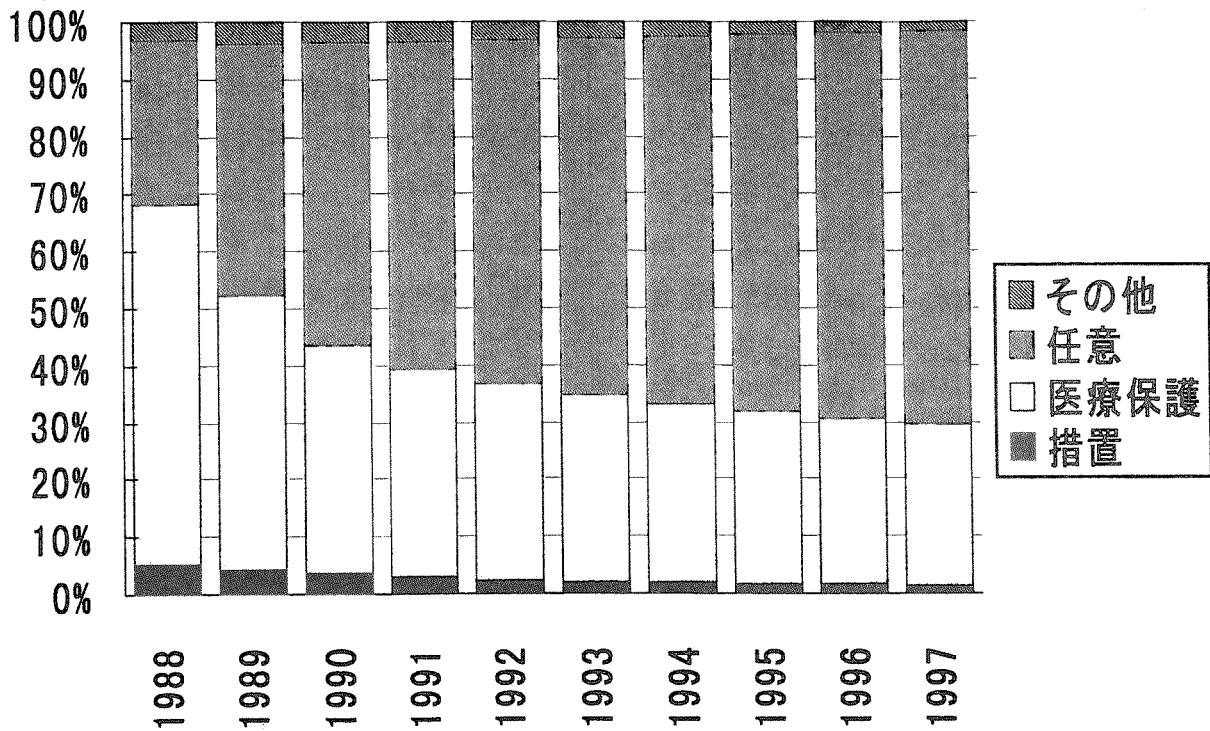


図2

精神障害者社会復帰施設の推移

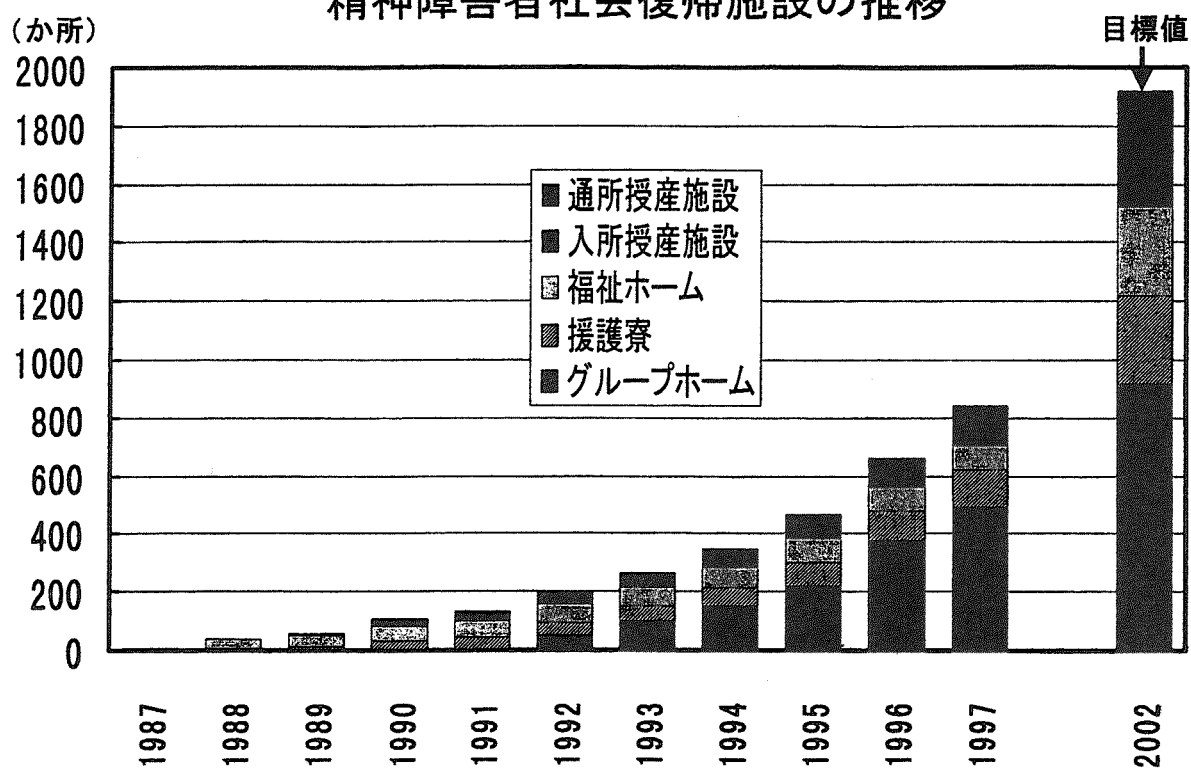


図 3

退院請求と処遇改善請求の年次推移

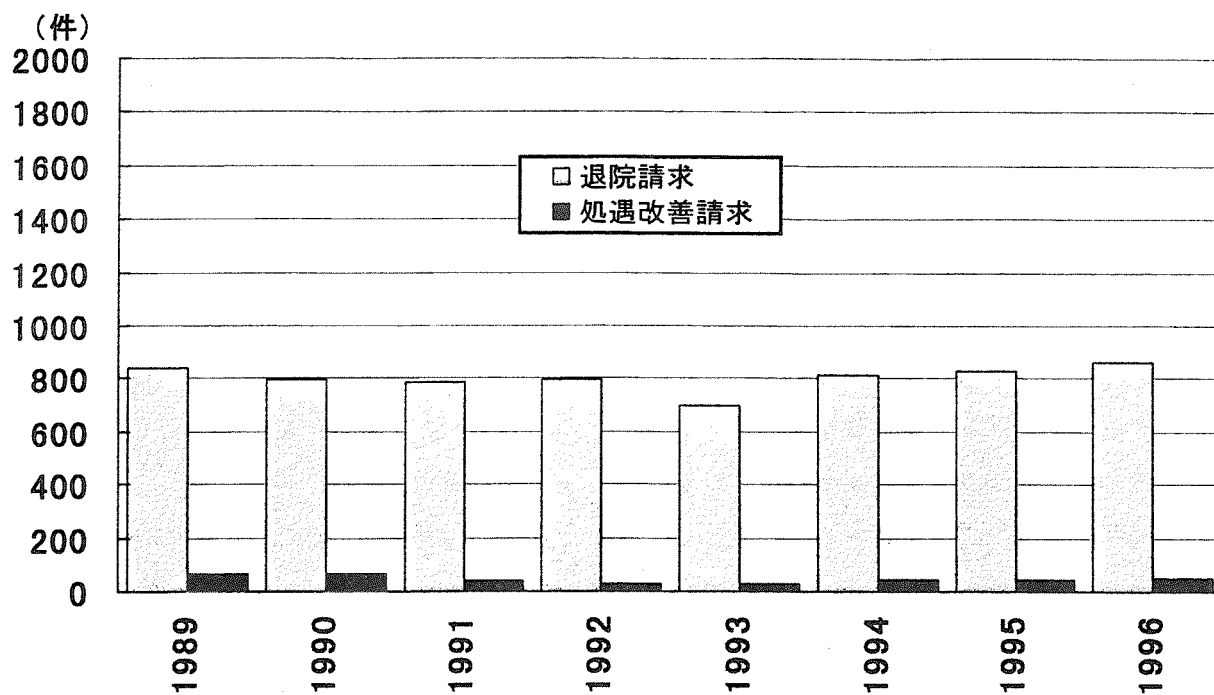


図 4

審査件数の年次推移

医療保護入院と措置入院

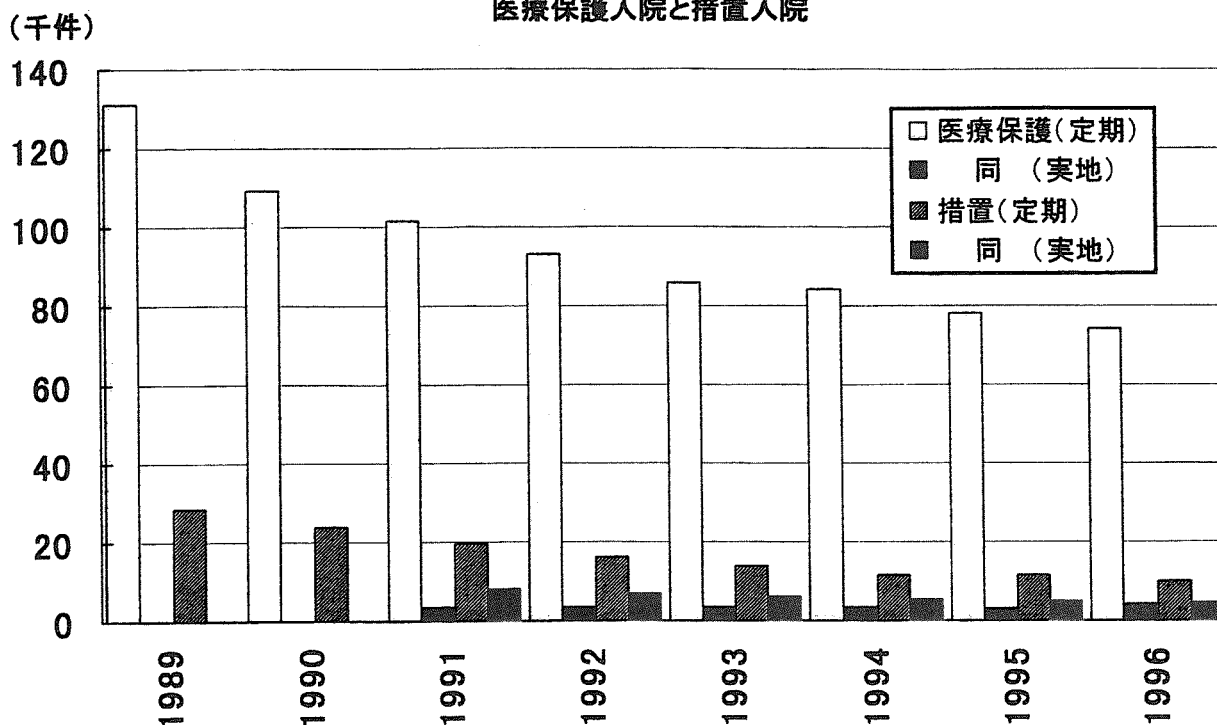


図5

他方、1996年1月の精神保健福祉センター運営要領、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領はいずれも組織体制の中にOT、PSW、CPを配置することになっているが、実際にこうしたスタッフを配置している機関は極めて少数に過ぎないのが実情である。

こうした現状を打開するためには病院におけるリハビリテーション体制の充実を図ること、具体的にはチーム医療の観点から病院の配置基準の中に明確にOT、PSW、CPを位置付けること、地域では域精神保健福祉圏域を設定し、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精神保健福祉計画の策定を行い、病院－地域の連携を積極的に図ることが必要であり、一部にみられる「精神保健施設」などの新たな収容施設の法定は、従来の隔離・収容政策を改める動きに逆行するものであり、ノーマライゼーションの理念に反することは明

白である。

従って、包括的リハビリテーションの推進のために、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病院や診療所などの医療機関との連携を強化すべき規定を設けることが必要である。

文献・資料

- (1) 精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について（依命通知）、発健医第108号、厚生事務次官通知、昭和63年4月6日
- (2) 精神保健法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）、発健医第190号、厚生事務次官通達
- (3) 障害保健福祉主管課長会議資料、精神保健福祉課、平成10年3月12日

- (4) 山崎敏雄ら、精神医療審査会の機能評価に関する研究・資料平成7年度厚生科学研究
- (5) 精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について、健医発第433号、厚生省保健医療局長通知
- (6) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則、国際連合総会決議、1993年、我が国の精神保健福祉（平成7年度版）、厚生省保健医療局精神保健課（所載）
- (7) 平野龍一、精神医療と法、有斐閣、1988
- (8) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正に関する要望、(社)日本精神病院協会、平成10年1月29日、精神保健福祉法改正に関する意見書（まとめ集）、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課
- (9) 精神衛生実態調査概要－昭和58年－、我が国の精神保健福祉（平成8年度版）、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課
- (10) 日本精神神経学会社会復帰問題委員会、長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源及びその数の推計－全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から－、精神神経学雑誌第93巻第7号582－602頁、1991
- (11) 山根寛、精神障害と作業療法、三輪書店、1997
- (12) 長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究－全国精神病院の実情把握と「施設ケアサービス指標」の試み、ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.15、全国精神障害者家族連合会、1998