



シリーズXIII

メンタル
ヘルスケア

2. 精神保健福祉法の理念と意義

北海道立精神保健福祉センター 伊藤 哲 寛

はじめに

精神科医療のあり方は、一般医療におけると同様に医療法などによって規定されるが、それに加えて「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）」によって細かく定められている。精神病院は医療法の立ち入り検査に加えて、精神保健福祉法に基づく精神病院実地指導や精神医療審査会による審査を毎年受けている。このような二重の規定を受けるのは、精神科医療が措置入院や医療保護入院など患者の人権を制限する医療を含むからである。一方、広く精神保健の問題を考えると、医学・医療のみで対応できる範囲は小さく、とくに精神障害者の社会参加を実現するためには、保健や福祉の役割がきわめて重要である。このように精神医療については一般医療と異なる視点から施策を進める必要があり、精神保健福祉法が特別法として定められている。

精神障害を持つ人々に関する最初の法律「精神病患者監護法」が制定されたのは1900年であるから、現在の「精神保健福祉法」はすでに100年を超える歴史を持つことになる。この間、時代状況に決定的な影響を受けながら、法の理念は、精神障害者の自宅監置から収容へ、人権擁護と社会復帰へ、さらに自立と社会参加へと変わり、その名称も精神病患者監護法、精神病院法、精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法と変遷した。現行の精神保健福祉法にたどり着いたのが1999年であり、完全に施行されることになったのが2002年であるが、それも2007年を目処に再改正が予定されている。日本の精神保健福祉システムには法律上も運用上もまだまだ不完全な段階にあるとの共通認識があるからである。

このようななかで、これまでの歴史を踏まえつつ、今一度精神保健福祉法の理念と意義を現場の実態と照らし合わせながら点検しておくことが重要である。その上で今後精神保健福祉の進展のためにさらにどのような法的な裏付けが必要なのか、公衆衛生審議会委員として1999年改正に関わった立場から当時の論議を振り返りながら整理してみたい。

1. 精神保健福祉法の歩み—収容のための法律から社会参加の法律へ—

精神病患者監護法（1900年）が精神衛生法（1950年）に変わるまで50年、精神衛生法が精神保健法（1987年）に改正されるまで37年かかっている。精神保健法が成立するまでは、法の目的に「社会復帰」は含まれず、もっぱら「精神障害者等の医療と保護」と「発生予防」によって「国民の精神的健康の保持と向上」を図ることがその狙いとされていた。精神障害の存在は国民の健康の保持と向上にふさわしくないの、それを除去しなければならぬとする前近代的な障害観に基づいた条文が87年間生き続けたのである。欧米諸国では、1960年代以降、収容主義を改め地域ケアへと施策転換して精神病床を激減させたが、日本では同じ時期に精神病床を増やし多数の社会的入院患者を生み出すことになった。

しかし、施策を転換する機会がまったくなかったわけではない。たとえば、1965年の精神衛生法改正の際には、たまたま起きた精神障害者によるアメリカ大使刺傷事件により保安的な色合いの強い改正となったが、社会復帰と地域ケアへ施策転換を図ろうとする大きなうねりが政府関係者・精神科医・精神障害者家族の間にあったのである。

また、1967年には世界保健機関（WHO）の顧

問医として日本に派遣されたディビット・H・クラークは日本政府に精神医療改革のための的確な勧告を行っている。当時の政府がこれらの動きを真摯に受け止め施策に生かしていたなら精神保健の方向が変わっていたはずである。

結局、法の目的に「社会復帰の促進」が付け加えられ、条文に「入院精神障害者の人権擁護と適正な精神医療」についての規定が登場するのはようやく1987年の精神保健法成立の時であるが、その後も社会復帰は遅々として進まず、精神病院の不祥事が絶えなかったために、1993年、1995年、1999年と改正が繰り返されることになった。

この間、法改正に大きな影響を与えたのは1993年に成立した「障害者基本法」である。この法律の中ではじめて精神障害者も身体障害者や知的障害者と同様に「個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有し」、「社会を構成する一員として社会・経済・文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会を与えられる」(障害者基本法第3条)とされたのである。これを受けて1995年の法改正で目的に「自立と社会経済活動への参加の促進」が明記され、名称も「精神保健福祉法」へと変更された。ここに至ってようやく精神障害者の社会参加が当然のこととして認識され、現実はどうあれ、少なくとも法の理念としては収容の時代は終わりを告げることになる。

2. 1999年法改正の背景とその目的

頻繁な法改正にもかかわらず、精神医療や福祉の現場にはさまざまな問題が残されたままであった。たとえば、医療の現場では大阪の大和川事件や新潟の国立犀潟事件など精神病院の不祥事件が相次いだ。このような極端な違法行為は論外としても、自由意志で入院しているはずの任意入院患者の半数以上が閉鎖病棟で外出や面会などの制限を受け、時には隔離・拘束が公然となされるという実態があった。また、「障害者プランナーノーマライゼーション7か年戦略」が開始されたが、精神障害者の地域ケアは進まず、7万人とも10万人とも言われる社会的入院患者が精神病院に滞留しつづけ、法が目指す「自立と社会参加の促進」は空念仏にとどまっていた。

このような背景の中で1999年に再び改正が行われた。その狙いは以下に述べるように、1) 入院患者の人権の尊重、2) 地域支援体制の充実、3) 保護者の義務の軽減であった。

1) 入院患者の人権の尊重

○任意入院患者の開放処遇の徹底：

これまで恣意的になされていた任意入院と医療保護入院の要件を明確にするとともに、任意入院患者の開放処遇の徹底を図った。

○精神医療審査会の中立性の確保：

これまで都道府県や大都市の担当部局に置かれた精神医療審査会を行政から切り離し、より中立的な審査を行えるように、事務局を精神保健福祉センターに移管した。北海道の場合は北海道立精神保健福祉センターと札幌市精神保健福祉センターがそれぞれ審査会を持ち、併せて5つの合議体で審査が行われている。

○精神病院に対する指導監督強化：

都道府県・大都市の監督権限を強化し、精神保健福祉法に著しく違反し改善命令に従わない精神病院に対して入院医療の提供の制限を命ずることができるようにした。

○精神保健指定医の責任の明確化：

人権擁護の観点から、入院の際の告知に限らず、行動制限などに際して書面での告知義務や診療録記載義務が強化された。

2) 地域支援体制の充実

○移送制度の創設：

受診を拒否する患者を精神保健指定医が診察し、適正かつ円滑に受診させる機能を保健所に持たせた。同時に地域ごとに移送患者を受け入れる応急入院指定病院の指定を行った。

○身近なところできめ細かなサービスがで きる地域ケアシステムの構築：

精神障害者の地域福祉サービス(ホームヘルプサービス、ショートステイ、グループホームなど)の主体を保健所から市町村に移した。また、精神障害者精神保健福祉手帳や通院公費負担の申請窓口も市町村に移

行した。

3) 保護者の義務の軽減:

- 保護者の義務(医療を受けさせる義務、治療に協力する義務、退院の際の引き取り義務、自傷他害防止義務)のうち、自傷他害防止義務が削除された。また、通院患者や任意入院患者については保護者がつかなくともよくなった。

3. 残された今後の課題

すでに述べたように現行法は再度見直されることになっている。度重なる改正にもかかわらずさまざまな問題が残っているからである。次期改正では次のようなことが検討課題となるはずである。

1) 法体系と理念に関わる問題

現行法の理念に異論の余地はないと思われる。しかしこの法律には「人権を制限する強制入院法」、「人権を擁護しつつ適正な医療を保証しようとする患者権利擁護法」、「生活を守る障害者福祉法」の要素が混然と組み込まれており、運用上どれもが不徹底になりがちである。患者団体や人権擁護団体は精神障害者権利擁護法の制定を求め、また地域福祉に取り組む諸団体は三障害を一本化した障害者福祉法を制定し、精神障害者福祉のレベルアップを図るべきであるとしている。精神保健福祉法を一旦解体して「精神障害者権利擁護法」「精神障害者強制入院法」「障害者福祉法」の3法をあらたに制定することも検討に値する。現行法体系の変更には相当な困難が予想されるが、当面は障害者の不当な扱いを監視し、社会参加を保証するために「障害者差別禁止法」の制定が急がれる。

2) 1999年改正で取り残された課題への取り組み

○精神障害の定義の再検討:精神障害者の定義が広いこと自体はよいとしても、そのことが強制入院の対象要件をあいまいにしている。たとえば「精神病質者」や「知的障害」などは一般にそれのみでは強制入院の対象にならないはずだが、強制保護という形で精神病院に収容する道を開いてしまっている。なお「精神病質」は国際疾病分類では現在用いられていない用語である。

○医療保護入院の廃止:1999年改正の際にも論議

されたことだが、保護者の同意によって強制入院が成立する医療保護入院には問題が多い。核家族化・夫婦別称・入籍なしの結婚など現代家族の変容を考えると家族を強制入院の際の同意者とするに無理があるし、家族が保護者になれない場合に入院前に患者と全く接触がない市町村長が強制入院の同意者になることも好ましくない。また、家族が強制入院の同意者となることによって家族関係に歪みを生じさせるという問題もある。医療保護入院に代わる新しい入院形態の導入が必要である。

○退院請求や処遇改善請求の普及と精神医療審査会の機能強化:強制入院患者あるいは任意入院にもかかわらず行動制限されている患者が多数いるにもかかわらず、退院請求や処遇改善請求件数がまだまだ少ない。入院に際して権利告知が丁寧に行われなかったり、請求したくても請求できない環境で治療を受けたりしている可能性が高い。有効な告知のあり方を検討することとともに、病院職員の人権意識を高め、請求を保証することの重要性を認識させる必要がある。なお、精神保健福祉センターへの事務局移管は精神医療審査会の独立機関化への経過措置であったはずである。今後は移管後の変化をきちっと評価した上で第三者機関への再移管が検討されるべきである。審査会委員の構成の見直し(現在は法律家委員よりも医療委員が多い)、合議体数の見直しなども懸案となったままである。

○国や自治体の責任の明確化:「社会的入院の解消」、「精神障害者の自立と社会参加」を実現するために国と自治体に居住施設や通所施設を整備する義務を規定する必要がある。

○保護義務者の負担の軽減:医療保護入院の廃止にも関連するが、自傷他害の防止義務の削除に加えて、残る3つの義務も削除すべきであろう。

○新たに追加すべき条項:入院患者の人権をより確実に守るために、そして精神病院が住民から信頼されるようになるために、精神病院の情報を公開し透明性を高めることが重要である。①精神病院の情報公開、②院内権利擁護委員会の設置、③公益通報者保護などに関する新条項を追加する必要がある。

3) 法運用が適正に行われるための関連法整備

現行精神保健福祉法にはすでに述べたような個別の課題が残されているが、この法律の目的とされる「精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る」(第1条)ための条件整備をどのように進めるかがより深刻な問題である。

たとえば、精神保健指定医の役割が運用上きわめて重要であるが、精神病院の配置医師数は一般病床の1/3でよいとする医療法が改正されないかぎり、精神科医に過剰な期待はできない。さらに行動制限(とくに隔離や拘束)の最小化を図り、入院患者の開放処遇を進めるためには看護職員やPSW等の配置も増やさねばならない。さらに精神病院の偏在を是正し、精神科救急システムの整備を図るためには緻密な地域精神医療計画が必要である。このように医療法の改正は必須である。同時に精神科診療報酬制度の見直し、福祉予

算の増額など周辺条件が整わなければ精神保健福祉法の理念は現実のものとはならない。

おわりに

以上、いずれ再改正されることを視野に入れて、現行精神保健福祉法の歴史、理念、課題について整理してみた。欧米諸国に40年は遅れたと言われている日本の精神医療の現場で、患者本位の医療や福祉を目指すのは大変なことである。医療や福祉の現場で納得の行くサービスが提供できる条件が整っていないのである。精神医療・保健・福祉の現状を多くの人に理解して貰い、改革の世論を盛り上げることが大切である。

(参考文献)

- 1) 金子晃一、伊藤哲寛他編著;精神保健福祉法(2002施行)―その理念と実務―星和書店,2002年
- 2) 精神保健福祉研究会監修;精神保健福祉法詳解.中央法規,2002年
- 3) 精神保健福祉行政の歩み編集委員会;精神保健福祉行政の歩み.中央法規,2002年
- 4) 国連総会決議「精神病者の保護及び精神保健ケアの改善のための原則」,1991年12月

8月1日号より始めました生涯教育シリーズⅦ「メンタルヘルスケア」は、北海道産業保健推進センター三宅浩次所長・北大医学研究科

精神医学小山 司教授監修のもと、1年半にわたって連載することになりました。

ご期待ください。(学術部)