

平成22年12月25日

「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」に対する意見
—精神科医療に関する分野を中心に—

社団法人 日本精神神経学会
理事長 鹿島晴雄
同 障害者制度改革に向けたプロジェクト
委員長 太田順一郎

はじめに

政府は、平成21年12月に内閣総理大臣を本部長として障がい者制度改革推進本部（以下、「推進本部」）を設置し、平成22年1月には障害者、学識経験者からなる障がい者制度改革推進会議（以下、「推進会議」）を招集して、障害者福祉に関連した法制度の見直しを進めている。「推進会議」は今年6月7日には「障害者制度改革の推進のための基本的方向（第1次意見）」を取りまとめ、これを受けて同月29日、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された（以下、「6月29日閣議決定」）。

この「6月29日閣議決定」は、障害者制度のみでなく、今後の精神科医療のあり方に深くかかわるものである。本学会はこれに関して以下のように専門団体として意見を表明する。

1. 改革の基本的な考え方について

「6月29日閣議決定」では、障害者制度改革の基本的な考え方として、障害者を主体的存在として捉え、障害を理由とする差別のない社会づくりを目指し、障害の有無にかかわらず、差異と多様性を尊重する共生社会の実現を図るとしている。この基本的な考え方に対して当学会は賛同するものであり、その実現に積極的に取り組んでいきたい。

2. 「横断的課題」における改革の基本的方向について

「6月29日閣議決定」では、政府が取り組むべき課題として、1. 基礎的な課題、2. 横断的課題、3. 個別の課題を述べているが、そのうち「横断的課題」として、(1)障害者基本法の改正、(2)障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定、(3)「障害者総合福祉法」（仮称）の制定、の3つの国内法の整備が挙げられている。これらはいずれも障害者福祉制度の改革に関わる根本課題であるが、精神科医療のあり方にも大きな影響を及ぼす重要な施策転換であり、当学会としても速やかにこれらの法律が改正・制定されるべきと考える。

これら3法の改正・制定に併せて、医療法、精神保健福祉法、医療観察法など精神科医

療に深くかかわる法律も抜本的に見直されるべきである。「医療」に関する討議が行われた第6回「推進会議」においても、精神保健福祉法の「医療法」としての、あるいは「福祉法」としての今日的意義に関して突っ込んだ議論が行われ、これを受けて「第一次意見」では「特に精神科医療に関しては、医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法の抜本的な改正が必要である」と述べられている。しかし、残念ながら「6月29日閣議決定」においてはこれにはほとんど言及されていない。今後の議論の中であらためて精神保健福祉法の抜本的な見直しについて検討されることを要望する。

3. 「個別分野における基本的方向と今後の進め方」について

「個別分野の課題」として挙げられた11項目のうち、ここでは特に「医療」に関して述べられている部分に関する意見を述べる。

1) 保護者制度・非自発的入院・非自発的医療介入

現在の「保護者制度」は、家族に過大な負担を強いる一方で、市町村長同意のような実態として十分に機能していない部分を含んでおり、このことは入院の長期化や社会復帰の遅延を助長しているという批判が強い。このような現行の保護者制度は廃止し、少なくとも非自発的入院に関する責任は公的機関が担うことを法律に明記すべきである。

「非自発的入院」については、現在の精神科医療の実態を踏まえて、今後のあるべき姿を検討してゆく必要がある。障害者権利条約の示す理念に即して考えるとき、障害を理由とする差別の禁止、自由の剥奪の禁止、自己決定の尊重、アイデンティティを保持する権利の尊重などの観点から、「非自発的入院」を極力限定したものにすべきとする「推進会議」の議論は正当性を持つ。精神科病床への入院患者約32万人のうち強制入院が約39%を占めるわが国の現状において「非自発的入院」をどのように位置付けるかについて、障害者権利条約の理念と照らし合わせながら、根本的な検討が必要である。当面は、非自発的入院要件の明確化、適正手続きの保障、実効性ある権利擁護制度の構築などを通じて、非自発的入院がより限定的に運用されるよう目指すべきであろう。

なお、推進会議においては「非自発的治療介入」についての議論もなされている。わが国では「非自発的治療」に関する十分な議論がなされぬまま今日に至っている。この問題について議論を開始する必要がある。

2) 「社会的入院」の解消

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において約7万人の「社会的入院」があるとされ、その解消に向けた地域移行支援施策が始まってすでに6年を経過したが、諸制度が整備されていないこともあり、大きな成果を上げることができなかった。

わが国の精神科医療の「入院中心主義」は、国の政策的な誘導によってもたらされたものである。社会的入院は障害者権利条約が掲げるインクルージョン理念にも反する。国は「地域中心」の精神保健医療福祉体制の構築を急ぐべきである。

3) 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実

医療法におけるいわゆる「精神科特例」によって、精神科医療は一般医療に比して少ない医師、看護師で提供されてきた。精神科医療が「福祉の代替」や「社会防衛の道具」であることをやめて「普通の医療」となるために、速やかに精神科特例を廃して精神医療の水準を向上させるべきである。

4) その他の関連事項

「推進会議」では、医療法施行規則第10条における「精神病患者を精神病室でない病室に入院させないこと」との規定についての議論がなされていた。しかし、「6月29日閣議決定」では触れられていない。障害者差別の解消という観点から、そして精神障害者への適正な医療の提供という観点からも、この規則は早急に撤廃されるべきである。

おわりに

以上、「推進会議」と「6月29日閣議決定」の公表を受けて、精神科医療との関連で当学会の意見を述べた。今後、横断分野および個別にかかわる分野の改革に向けて、具体的に提案していく予定であるが、当面、以下のことが重要課題である。

- ・ 保護者制度の廃止—非自発的入院における公的責任の明確化。
- ・ 非自発的入院要件の明確化、適正手続きの保障、実効性ある権利擁護制度の構築
- ・ 医療法における精神科特例の廃止—精神病床における人員配置の適正化
- ・ 医療法施行規則第10条における一般病床への精神病患者入院禁止規定の廃止

なお、精神科医療の改革にあたっては、上記の事項以外にもさまざまな課題がある。特に、障害者総合福祉法（仮称）や医療法との関連で、精神保健福祉法をどのような位置づけ、どのように精神医療改革に結びつけるのか、引き続き論議が進められる必要がある。また、非自発的治療介入についての論議も開始されるべきであろう。

最後に、本学会が精神疾患に対する医療と保健の抜本的な改革をめざして、精神疾患を対象とした基本法の制定に向けての取り組みを始めていることも付け加えておきたい。

以上