

# 精神保健福祉法改正に関する学会見解

令和4年9月28日  
公益社団法人 日本精神神経学会  
理事長 久住 一郎

平成25年6月13日、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）が改正され、平成26年4月1日に施行された。日本精神神経学会（以下、本学会）は精神科医療に関する基幹学会として、法改正に際して以下のように見解を表明してきた。

平成16年11月23日「精神保健福祉法改正に関する見解」

平成17年7月4日「精神保健福祉法改正に当たっての要望書—『精神保健福祉法改正に関する見解(平成16年11月23日)』に沿った十分な国会審議を—」

平成25年5月7日「精神保健福祉法改正に関する見解」

平成26年7月19日「改正された精神保健福祉法についての学会見解—特に41条に定める『大臣告示』に関して—」

平成28年3月29日「精神保健福祉法改正に関する学会見解」および「委員会見解」

平成28年6月1日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」への緊急要望

平成29年3月18日「精神保健福祉法改正に関する学会見解」

平成30年11月18日「措置入院指定病院の基準の一部改正に関する委員会見解」

本学会は、精神科医療・保健・福祉に関連し、その抱える諸問題を解決する方策として、精神保健福祉法改正に関する数々の提言を行ってきたが、残念ながらその主要な部分は反映されていない。この度、この間の状況の変化を踏まえた上で、これまで表明してきた内容も含め、近々行われるとされている精神保健福祉法の見直しに向けての見解をまとめた。次回法改正に当たっては、本学会の意見を反映されることを期待して、ここに学会見解を公表する。

## I 法体系自体を見直すべきである。

本学会は、精神保健福祉法が、医療、保健、福祉の領域を網羅した特別法の形となっており、精神障害を特殊扱いし他障害と比し施策の遅れや歪みを生じさせていることを繰り返し指摘してきた。医療、保健に関する条項と福祉に関する条項は分離し、他障害に劣らない施策が講じられるべきである。また、本学会は、精神保健福祉法が、精神障害者の人権擁護、自立支援、社会参加の視点がきわめて不十分であることも繰り返し指摘してきた。国際連合の精神疾患を有する者の保護およびケアの改善のための原則、障害者の権利に関する条約

(障害者権利条約)、障害者基本法、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)等の理念に基づき、精神障害者の権利保障と差別解消に向けた施策が必要であることを明示した立法がなされるべきである。

例えば、法律の目的(第1条)では、「医療と保護」が掲げられているが、障害者基本法等においては「保護」という用語は使われなくなっており、「保護」を削除すべきである。また、精神保健福祉法には精神障害者の権利擁護という点で決定的な欠陥があり、それを補うため、ここで「精神障害者の権利と生活を尊重し」という文言を挿入すべきである。第2条、第3条、第4条などでも、国や地方公共団体が、精神障害者の諸権利を尊重し、差別の解消を図り、社会参加への支援を行い、医療機関や支援施設の適正配置を行い、また医療機関等の情報を公開すること等を義務とすることを明記すべきである。

患者の同意が得られない処遇や治療、行動制限については、医療、福祉全般にかかわる問題であるにもかかわらず、これを精神科医療のみに限定された問題であるかのように扱ってきたことが特殊扱いを助長してきたという側面もあるので、将来的にはこれらを網羅した立法が検討されるべきである。

## II 非自発的入院制度を抜本的に見直すべきである。

平成25年の精神保健福祉法改正において保護者制度は廃止されたものの、強制力の発動が家族の同意によって有効となるような形態を残した問題はそのまま継続している。むしろ、これまでは家庭裁判所で保護者の選任を行うことにより曲がりなりにも行われていた国の関与を放棄した点で、却って国や地方自治体の責任を不明確なものにしたとも言える。入院に同意した家族であっても、入院後にその同意を取り消す方法がなく、患者の退院を求めるためには精神医療審査会への請求しかないというのは完全な不統一であり、これも強制性発揮およびそのチェックの責任主体が不明確であることに由来する。医療における強制性を発動する主体は国家もしくは公権力でしかあり得ない。家族同意はなくし、非自発的入院の開始、その妥当性の判定、適切な時期の退院などは、国と自治体の責任であることを明示すべきである。

また、入院要件を厳格かつ明確にし、国や地方自治体の責任を明確にすれば、措置入院と医療保護入院という二つの強制入院の制度は不要となるので、将来的にはこれらを一本化した強制入院制度を検討すべきである。

## III 入院患者の退院促進および権利擁護を抜本的に改善すべきである。

患者の権利擁護、虐待の防止等について、現行制度はきわめて不十分であり、根本的な改革が必要である。精神科病院を含む病院も、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(障害者虐待防止法)に基づく発見者の通報義務の適用対象とすべきである。

精神医療審査会の機能を根本的に改善しなければならない。精神医療審査会を都道府県

から独立した第三者機関とし、また精神医療審査会の上級機関をもうけ、精神医療審査会の決定に対する不服申し立ての審査を行い、精神医療審査会の審査状況の調査・研究、研究会の開催等を行うこととする。精神医療審査会の合議体の委員構成のうち「精神障害者の医療に関し学識経験を有する者」（医療委員）を2名以内とする。審査請求から2週間以内で審査会を開催できるような体制を作る。措置入院や医療保護入院では3か月程度、任意入院でも1年程度の継続があった時点で、自治体とも協力し、本人への面接での入院継続の妥当性審査を行うべきである。立ち入り調査では、書面の確認のみならず、日頃の処遇等について患者や職員から広範に聞き取るような内容を含むべきである。

退院支援委員会については機能を評価して実効性を高める工夫をすべきであり、退院に結びつく方針が立てられていない医療機関や、そもそも本人や地域援助事業者の参加率が低い医療機関に対しては、それらを改善するような働きかけも検討するべきである。行動制限最小化委員会については外部委員の参加に関して、法文上の規定を設けることを検討すべきである。新たな権利擁護者制度として、アドボケイトの導入を行い、活動を保障すべきである。退院後支援はすべての入院形態において必要な人に提供されるべきであり、地域における患者管理や犯罪予防のためのものとしてはならない。

#### IV 適正な精神科医療・保健・福祉の確保を明記すべきである。

精神科医療の水準の向上を妨げてきた医療法上のいわゆる精神科特例は実質的には現在もなお残されたままである。地方公共団体に精神障害者のための社会基盤整備を義務づけ、その実現に必要な予算措置を講じるべきである。非自発的入院を受け入れる病棟においてはより重点的な職員配置基準が必要である。精神科救急医療や感染症を含む身体合併症医療についても充実を明記すべきである。