

「保護者制度・入院制度の見直し」についての意見

【一般論】

- ・我が国の精神障害者の処遇の在り方は、精神医療処遇に偏りすぎています。精神医療の重要性は十分認めたとえで、精神障害者の生活支援の制度的拡大が重要と考えています。
- ・精神障害者の支援が精神医療処遇に偏った結果として、精神科病床が多いままになっていること、社会的入院者という医療にとっては好ましくない現実を招いていることなどが、精神障害者の不利益を続けていると考えています。

精神医療の関係者からは、地域の偏見と地域資源の不足が入院を長期化させ社会的入院を生み出し、社会復帰を拒んでいると指摘され続けてきました。しかし、現実には地域に理解してくれる人も増え、障害者施策によっても支援の拡大は図られ生きています。特にこの数年間は大きな変化が地域社会で起こっていると認識しています。

我が国の非自発的入院は脱施設化政策の国々と比較すると多すぎます。我が国の精神科医の説明と同意の努力不足、技術不足が懸念されます。それは地域精神医療と生活支援の展開が進んでいないための結果とも考えられます。入院制度を考えると、単に現状の法手続き論だけではなく、治療の質を問題にしなければなりません。治療契約の本質的意味を今一度問い直すべきです。

国民から見て精神医療が本人たちにとって利益をもたらされる場所としての認識が高まる治療の質を精神医療は考えるべきです。そのために本人中心の支援を地域資源の活用や地域との連携などを増やすことによって確保すべきです。

我が国の精神科病院医療は、治療に加えて生活福祉についても責任を負われ続けてきた歴史と認識しています。「医療と保護」に示される精神保健福祉の法制度は、精神科病院医療中心を求め続けてきたものでした。

精神障害者の処遇は今大きく変化を迫られています。

一つの大きな流れは精神障害者を障害福祉施策の対象とし、具体的には障害者自立支援法、総合支援法(総合福祉法)といった包括的障害者施策の充実が現実として進んできていること。これによってこの数年間に相当な変化が起こっていると認識しています。精神医療にすべてが委ねられていた状況から、福祉領域はもちろん就労支援といった労働施策まで、医師の意見は尊重されながらも本人意向中心の支援が一般化してきました。生活福祉は地域格差はあるもの

のこれも精神医療から独立して存在するようになり、医療との連携によって再発予防や地域生活の継続が可能となる事例も相当に増えてきています。精神医療に包括されていた生活福祉はすでに独立した支援体系となっています。これによって病床が結果として削減された完結型診療圏もあります。(帯広・十勝圏域は地域訪問医療(ACT)と生活支援体制の整備によって970床(万対27床)から511床(万対15床)に削減されました。まだ削減の検討が進んでいますが、これは入院形態をできる限り本人中心にしてきたこと、本人に対して説明と同意の努力をし続けることなどによって医療保護入院が少なくなり、多様な地域資源の開発と、それらに加えて精神障害者専用でない一般資源の利用開発を行ってきたことによるものです。参照:十勝圏域における精神科病床数減少の要因分析から見る地域生活移行への指標/酒本知美(立教大学))

一方、国は精神病を疾病対策の対象と決めました。いよいよ国民の疾病課題として精神病が位置付けられたことは、精神医療の国民に対する責任の大きさを示す時代となりました。精神医療は医療としての国民の期待に応える質の向上が早急にはかれる必要があります。精神医療が社会的入院者や保護的機能を持ち続ける医療から、国民から信頼され、身近に利用できる医療としての転換が必要となっています。精神保健福祉法も包括的精神障害者処遇の法から変えるべき時代が来たと認識しています。

精神保健福祉法のスクラップ&ビルドが必要です。

実質的には医療観察法により、その対象者はそれまで措置入院による処遇を行っていた役割はなくなり、福祉施策は障害者自立支援法に役割を移行するなど、すでに精神保健福祉法の役割が変わってきています。

精神医療は制度的にも実態的にも他の医療との不平等が続いています。他の医療との平等を制度的に変える時代に入ったと強く認識しています。精神医療における治療契約も一般医療同様に基本とし、非自発的入院などは人権擁護制度を含む新たな法体系を考えるべきです。

【具体的意見】

- 保護者の責務規定の削除は行うべきです。
- 措置入院・医療保護入院は本人の非自発的入院であることから、本人の権利擁護が必要です。
- 保護者制度はその権利擁護としての機能が考えられてきましたが、加害者・

被害者関係を含む家族関係を複雑にし、本人と家族の利益が両立することの困難を招いています。

- 保護者の責務規定が削除され同意を入院の条件から外すことよって、家族としての本人擁護的役割は担える可能性があります。加えて本人擁護者として精神保健福祉士資格を持つ相談支援専門員、制度になっていないが地域移行支援事業によって全国的にも広がりのみられるピアサポーター(将来的には米国のようなピアスペシャリスト)が、本人擁護の立場から担当し医療機関と協議する役割を担うべきです。
- 同意に代る関与の制度は必要です。関与の仕方については入院継続ないし入院形態の移行などの協議への参加と本人の権利擁護者としての役割関与とが必要です。
- 関与者の一人として本人の代弁的機能と権利擁護を担う者が必要です。本人に寄り添い、本人利益を考える人材ですので、利害関係のない地域の人材が好ましく思います。それは一定の条件を備えた地域の相談支援専門員を考えています。この関与者は本人の希望と了解が必要です。必ず本人に関与者の存在を周知することを義務化すべきです。
- 相談支援専門員には精神保健福祉士資格を持つ者がいること、一定の経験年数と研修によって特定の相談支援専門員を養成し、その任に当たることは実現可能性が高いと考えています。
- 非自発的入院(措置・医療保護)は、3ヵ月までは毎月複数の指定医による診断と病院 PSW による面接、看護の意見などをもとに入院継続、入院形態の移行について協議する院内会議を義務化する。その会議には行政(保健所)吏員、希望する家族、地域相談支援事業者(精神保健福祉士資格を持つ相談支援専門員)ピアスペシャリストなどが参加する。
- 病状報告は現状で良い。精神科医の書類業務をこれ以上増やすのはやめるべきです。加えて書面報告は書き方次第という現実もあり、報告書評価は実態把握を困難にしている面もあると聞きます。
- 病院の精神保健福祉士の診断及び入院形態の決定や治療方針、退院への社会復帰活動などへの有効なかかわりを義務化することが重要と考えています。具体的には、入院者の社会生活背景、家族関係、入院に至る経過と状況などについてアセスメントし、独自の判断を行うとともに、その情報を診断・治療の参考としてもらう医師への情報提供を義務化し、診療報酬に位置付ける。少なくとも非自発的入院者は全員このかかわりを業務として認める。
- 1年以上入院者については、本人の申請なしに地域の相談支援専門員による関与を義務化し、地域移行支援サービスの対象として退院支援サービスを提供し、ケアマネジメント支援を実施する。関係者会議、本人同席のケア会議な

どを主催しつつ、支援を6ヵ月間は実施する。

- 1年6ヵ月を超えた段階では、別な医療機関の指定医の参加による診断と治療についての検討、転医、退院などの判断を行うなどへと進める。
- 2年を超える者については、審査会の関与が必要とする。
- 保護者の同意なしに指定医と精神科病院管理者の責任において医療保護入院を決定し、その決定内容の妥当性についての判断を行う審査会等が必要。
- 検討・審査する会議の義務化
院内会議、自立支援協議会に設けられた地域精神保健福祉会議、審査会、等と、相談支援専門員が運営するケアマネジメント会議としての関係者会議とケア会議などを制度的に導入する。
- 本人の権利擁護については、希望する家族、本人が了解する家族は本人擁護者としての役割を担い、新たに本人の求めに応じて支援する人材として相談支援専門員(精神保健福祉士をもっている)を位置付ける。
- 措置入院については、3ヵ月までは毎月保健所等の吏員を含む病院内検討会において審理することを義務付ける。その後は審査会を中心に検討を続ける。
- 市町村自立支援協議会に仮称「精神保健福祉検討会」を設け、3ヵ月を超える医療保護入院者の事例検討などを医療機関の参加の下、相談支援専門員、保健所精神保健福祉吏員(保健師を含む)、協力が得られれば弁護士、市町村職員などによる協議機関において事例検討を義務化する。
- 「入院に際してのお知らせ」に精神保健福祉士で相談支援専門員の存在を知らせ相談が可能であることを周知する。

○相談支援専門員は全国で4万人を超えています。

相談支援専門員はソーシャルワーカー業務を行いケアマネジメントを行う任用資格です。我が国にはソーシャルワーカー専門職としての国家資格が精神保健福祉士・社会福祉士として存在しますが、相談支援専門員は一定の実務経験者に対し研修修了者をもって自立支援法に基づく業務ができる専門職になっています。平成24年度から全ての福祉サービス利用障害者に担当相談支援専門員が決まることとなります。

私は30年以上前から家族扶養から社会的扶養への転換を発言し続けてきました。保護者制度については①保護者へ課せられた多くの義務は負担が大きすぎる、②本人との間に加害者・被害者関係が生じ、本人の利益保護、あるいは代弁者とはなりえないが多すぎる、③扶養義務を負わせる文化があるが家族関係の変化やそれぞれに多様な事情があることを勘案されないこと、④同じ同意者である市町村長同意には実質的な保護者義務を求めることはでき

ないにもかかわらず、家族の保護者には義務を強要することとなっていること。
⑤保護者が本人の利益を侵害していても、実際には本人も第三者からも指摘され改善されることが困難であること。などなどを問題にしてきました。

私は本人の権利擁護が重要であるとの認識から、この解決策の一つとしてパーシエント・アドボカシーに注目しました。1988年、私が編集長をしていた季刊「精神医学ソーシャルワーク」の特集として、米国とカナダのパーシエント・アドボカシー制度を紹介しました。本人に寄り添う権利擁護は重要です。

現状の成年後見制度の対象となる精神障害者は認知症を除くと少数と考えられます。認知症に対する治療契約については、精神医療の問題だけでなく、全ての医療にとって大きな課題です。その視点から検討されるべきと考えています。最近の精神科病院での医療保護入院者は、認知症患者の増加によるものが顕著と聞いています。精神医療の雑居性を整理する必要を感じています。