

精神障害者保健医療福祉施策推進に関するメモ

宮城県立名取病院

猪俣 好正

I. 基本的な考え方

- * 昭和 62 年の精神保健法成立から十数年、数度の法改正が行われたが、
 「人権に配慮した適正な医療の確保」→精神病院不祥事件が跡を絶たない
 「社会復帰・社会参加の促進」→障害者プラン達成困難な状況は何故か
 「病院から社会復帰施設へ、社会復帰施設から地域へ」→長期在院患者比率が減少しないのは何故か、等についての基本的な認識が大切と思われる。
- * 「精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について」(63.4.6 健医発 433 号)の当事者に与えた落胆：
 「精神障害者社会復帰施設の設置は、社会福祉法人、医療法人等の民間が主体となって促進を図ることを期待するとともに、都道府県、市町村はその補完的な取り組みを行うものであること、したがって、これにより、改正後直ちに地方公共団体が設置することを意味するものではないこと」

表 1. 設置主体別社会復帰施設

	地方公 共団体	社会福 祉法人	医療法 人	社団財 団法人	任意 団体	そ の 他	合計
生活訓練	9 (4.4%)	55 (26.8%)	131 (63.9%)	10 (4.9%)	0	0	205
福祉H	2	29 (25.9)	72 (64.3)	5	3	1	112
通所授産	23 (13.6)	116 (68.6)	23 (13.6)	6	0	1	169
入所授産	0	8 (38.1)	11 (52.4)	2	0	0	21
福祉工場	0	8 (66.7)	2	1	0	1	12
生活支援	26 (13.8)	81 (42.9)	70 (37.0)	11	0	1	189
G. H	9	111 (14.2)	328 (42.0)	62	240 (30.7)	31	781
計	69 (4.6)	408 (27.4)	637 (42.8)	97 (6.5)	243 (16.3)	35 (2.4)	

- ・ 居住型施設に医療法人が多いのは何故か
- ・ 通所型施設に社会福祉法人が多いのは何故か
- ・ グループホームを除いて障害者プランの達成が困難なのは何故か
- ・ かなりの生活支援センターが医療法人立、福祉も民間に依存するのか
- ・ 先進諸国の中で例をみない精神病床数の多さと長い平均在院日数、一方で長期入院患者の社会復帰が進まないのは何故か。
- ・ 三障害の中でも、とりわけ精神障害者福祉が進まないのは何故か。

Ⅱ. 精神病床機能分化と人員配置基準の見直し

* 第4次医療法改正作業中、公衆衛生審議会精神保健福祉部会の「精神病床の機能区分についての基本的な考え方」では、「精神病床においては機能区分が実態として進んでいない現状を踏まえると、現段階で直ちに法律を定める状況にないと判断される」とされたが、機能分化を進めるなかで一般科との間にある人員配置基準の格差の是正を図るべきである。

表2. 精神科専門病棟 (平成12年6月30日現在)

	病棟数	病床数
精神科急性期治療病棟A	101	4,958
精神科急性期治療病棟B	31	1,583
小計	132	6,541
精神療養病棟A	865	46,963
精神療養病棟B	279	15,672
小計	1,144	62,635
老人性痴呆疾患治療病棟	171	8,607
老人性痴呆疾患療養病棟	224	11,766
小計	395	20,373
アルコール病棟	87	4,332
アルコール薬物混合病棟	15	878
薬物病棟	5	317
児童思春期病棟	20	711
身体合併症病棟	63	2,013
老人精神	274	14,732
総計	2,135	112,532

全精神病床 348,966 床中、専門病床は 32.2% に相当する

表3. 日本精神科病院協会総合調査 (平成12年4月1日 862病院)

	医師数	常勤医師数	非常勤医師数 (常勤換算)
総数	5,193	4,139	3,618 (1,054)
指定医数	3,587	3,107	1,611 (480)
非指定医	1,606	1,032	2,007 (574)
精神病床 100 床当り医師数			
総数	2.4	1.9	1.6
指定医数	1.6	1.4	0.7
非指定医	0.7	0.5	0.9
医師1人で	41.7人	52.6人	
指定医1人で	62.5人	71.4人	

・精神保健指定医数

- ・1988年精神保健法施行に伴い、精神衛生鑑定医より7,410人が移行
- ・2000年12月末現在で10,894人、年間約300人が新規に指定

Ⅲ. 社会的入院者の解消

*「社会的入院」に明確な定義があるわけではないが、とりあえず「病状はある程度安定しているにもかかわらず、居住の場その他の生活支援を得られないために入院生活を余儀なくされている人」とする。

*調査方法が異なるにもかかわらず、驚くほど結果は一致している。今回の厚生労働省の数値は、むしろ抑え目に設定したものといえよう。

*精神科医療の負の遺産ともいうべき、これら50代、60代を中心とする患者に対する施策は急を要する。残された時間は長くはない。

表4. 各種の調査

厚生省	昭和58年	全期間	1,921人	A型	8.4+22.0%
精神神経学会	平成元年	2年以上	24,858	B型	33.1
日精協	平成5年	全期間	244,228	C型	12.9+18.5
全家連	平成7年	1年以上	2,776	B型	39.7
精神神経学会	平成11年	1年以上	19,342	B型	32.5(7.4万人)
厚生労働省	平成11年	全期間	329,300		21.7(7.16万)

A型：状態像からみた退院の見込み

B型：社会資源を提示して、それを利用した場合の退院可能性

C型：GASを用いた6段階症状評価（寛解2.7%、院内寛解10.2%、軽度18.5%、中等度40.7%、重度21.8%、最重度5.9%）

表5. 在院患者の入院期間

	S58実調	H5調査	H8調査	日精協(8)	H11調査
3月未満	24.0%	13.1	12.5	12.5	14.5
3～6月		6.5	6.5	5.6	6.5
6月～1年		7.9	7.5	7.1	7.9
1～1.5年	26.6	5.3	5.3	6.0	26.1
1.5～3年		10.9	11.3	10.6	
3～5年		9.6	9.7	10.1	
5～10年	15.7	14.1	14.8	14.9	14.5
10年以上	32.1	30.5	31.8	33.4	30.5

表6. 在院患者の疾病、年齢構成

	脳器質性	中毒性	精神分裂	躁うつ病	精神遅滞	65才以上
H12. 6	15.3%	6.0	61.7	6.4	3.2	33.7
H8. 6	15.7	5.8	60.7	5.6	3.3	28.0
H3. 6	13.3	5.8	61.0	5.1	4.0	23.2
S61. 6	11.5	6.7	61.8	4.7	4.4	17.6
S56. 6	10.7	6.6	62.3	4.3	4.7	14.3

IV. 地域間格差の解消（どこでも安心してかかれる精神科医療の構築を）

*一般病床については二次医療圏毎に必要な病床数が設定されているが、精神病床は全県1区として計画されており、大きな地域間格差と偏在を生んでいる。これが精神科救急システムの構築や障害者福祉施策の推進を困難とする要因となっている。適正な地域医療計画の策定が求められる。

*都道府県毎にみた人口万対病床数、平均在院日数、病床開放率、入院形態、精神医療審査会への退院請求件数等には大きな格差があり、精神保健福祉法の適正な運用に重大な疑義を生じさせる結果となっている。とりわけ、平成11年の法改正によって「医療保護入院の要件の明確化」を目指したにもかかわらず、入院形態に大きな格差が認められることは大きな問題である。

表7.人口万対在院患者数(平成12年6月)

全国平均	26.5床			
多い県市	鹿児島県	54.0	徳島県	49.3
	長崎県	51.4	佐賀県	48.2
	福岡県	50.8	熊本県	46.0
	宮崎県	49.9	大分県	43.9
	滋賀県	16.8	奈良県	18.4
少ない県市	静岡県	17.5	(京都市)	0.9
	埼玉県	17.9	(川崎市)	10.6
	神奈川県	18.4	(横浜市)	13.9

表8.入院形態別患者数(平成12年6月)

	措置入院	医療保護	任意入院	その他				
全国	1.0%	31.6%	66.3%	1.1%				
多い県市	滋賀県	2.8	奈良県	60.4	大阪府	87.1	島根県	5.2
	広島市	2.5	横浜市	52.5	香川県	82.6	札幌市	4.6
	岐阜県	2.3	千葉市	52.0	岩手県	78.2	愛知県	3.0
	栃木県	2.0	新潟県	49.8	北海道	77.7	福岡県	2.8
	佐賀県	2.0	山口県	46.4	沖縄県	74.8	兵庫県	2.8
少ない県市	大阪府	0.0	大阪府	12.5	奈良県	39.0	秋田県	そ
	香川県	0.1	香川県	17.3	千葉市	46.4	の他	23 県
	仙台市	0.1	北海道	19.6	横浜市	46.5	市は	0%
	宮崎県	0.2	岩手県	20.6	新潟県	49.7		
	京都市	0.3	青森県	21.0	山口県	52.2		

表9. 開放率

全国平均	55.4%
高い県市	大阪府 99.1, 福井 77.8, 香川 74.0, 鳥取 73.3, 仙台市 72.1,
低い県市	兵庫 35.2, 名古屋市 35.9, 大分 38.3, 福岡市 39.5, 奈良 40.2

V. 市町村の役割の強化（障害保健福祉圏域の設定）

*平成14年度より、市町村が実施または責任主体として、居宅生活支援事業がスタートしたが、よりきめこまかなサービスを提供するために、その責任と権限を強化する方向を目指すべきである。

*具体的には、数値目標を含む障害者計画の早急な策定、市町村保健センターへの精神保健福祉士の配置と相談窓口の設置、公営住宅の優先入居と家賃減免、公的保証人制度の創設、グループホームや小規模作業所の運営、三障害を統合した地域生活支援センターの設置、障害者手帳によるメリットの拡大、市町村長保護者の場合の実態的な保護援助体制の構築、広域的な市町村の連携等がある。

表 10. 市区町村障害者計画策定状況(13.3.31 現在)

	総数	市区	町村
対象数	3,238	681	2,557
策定済み	2,424 (74.9%)	650 (95.5%)	1,774 (69.4%)
内、数値目標を含む	917 (37.8)	360 (55.4)	557 (31.4)
内、精神障害を含む	2,154 (88.9)	624 (96.0)	1,530 (86.2)

障害者基本法第7条2第2項及び第3項による

例 1. 1町で5人が退院、グループホームで生活した場合

∴ 入院費：1人月30万円、5人で年間1800万円

町の国保財政：その7割～全額（1260～1800万円）を負担

グループホームで家賃を1人2万円、生活費を3万円補助した場合

5万円×5人×12か月＝300万円、差引き960～1500万円の負担減少

町で作業所を設置し、人件費400万円を支出したとしてもトータルでプラス数が増大すれば当然スケールメリットも大きくなる

例 2. 単身生活の場合

〔生活保護受給の場合〕

生活扶助基準 71,380円（冬季加算 10,100、12月期末手当 12,400）

住宅扶助基準 34,700円（特別加算 45,100円以内）

収入認定（作業所） 8,340円

障害者加算（年金1級） 25,250円

（年金2級） 16,830円

→障害1級の場合 172,570円 2級の場合 164,150円

〔障害基礎年金の場合〕

1級 83,775円 2級 67,016円

VI. 精神科医療機関の情報公開の促進

- *非自発的な入院を受け入れ、行動制限を行うことができる精神科医療機関は、一般医療よりも広く情報開示を行う必要がある。それがまた、精神科医療に対する誤解や偏見を解消し、患者や家族の病院選択権を保障することに役立つと考えられる。
- *具体的には、施設規模と構造、職種別職員数、入院・退院患者数、入院形態別在院患者数、外来患者数、平均在院日数、リハビリテーション活動の内容等があげられる。
- *第三者機関による精神科医療の質を評価する技法と制度を確立し、その結果を公表することが望まれる。医療機関による「自主的な」情報公開だけでは限度があり、個別医療機関ごとの医療監視結果についても公表する方向が望ましい。

VII. まとめにかえて

社会的入院の解消（注1）
高齢障害者施策推進（注2）
病床機能分化の推進

→
→
→

精神病床の削減（注3）
人員配置基準の見直し（注4）
障害者保健福祉圏域の策定（注5）

- （注1）精神病院敷地内の施設をどう考えるか。社会参加度、自由度（制限度）、本人の満足度の3つの側面から捉えられなければならない。既存の施設の実態調査が必要であろう。
- （注2）65才以上の高齢精神障害者は介護保険サービスの被保険者であることを明記すべきであり、ホームヘルプなどの拡大が必要である。
- （注3）病床削減にあたっては、従来のように全県1区で考えるのではなく、二次医療圏を基本に医療供給体制を整備すべきである。また、身体合併症治療を考えた場合、一般病院精神科病床（現在はわずか1.9万床、全病床の5.6%）の計画的な整備が重要となる。
- （注4）一般病院精神科に限らず、最低限、急性期、重症、児童思春期、薬物依存、身体合併症等に対応する病床は一般科との格差を解消すべきである。
- （注5）障害者福祉施策は、障害保健福祉圏域ごとに整備される必要がある。また精神障害者を地域で支えるためには、福祉（介護）、年金、医療、雇用等、総合的な支援施策の中で検討されなければならない。