

精神保健医療福祉の充実のために

— 精神保健医療福祉改革に関する基本的な見解 —

2013年7月／日本医療労働組合連合会

はじめに

近年、精神科を受診する人は320万人（国民の40人に1人が精神疾患のために受診）と急増し、精神疾患は、がん・心筋梗塞・脳卒中・糖尿病とならぶ重点疾患となっています。

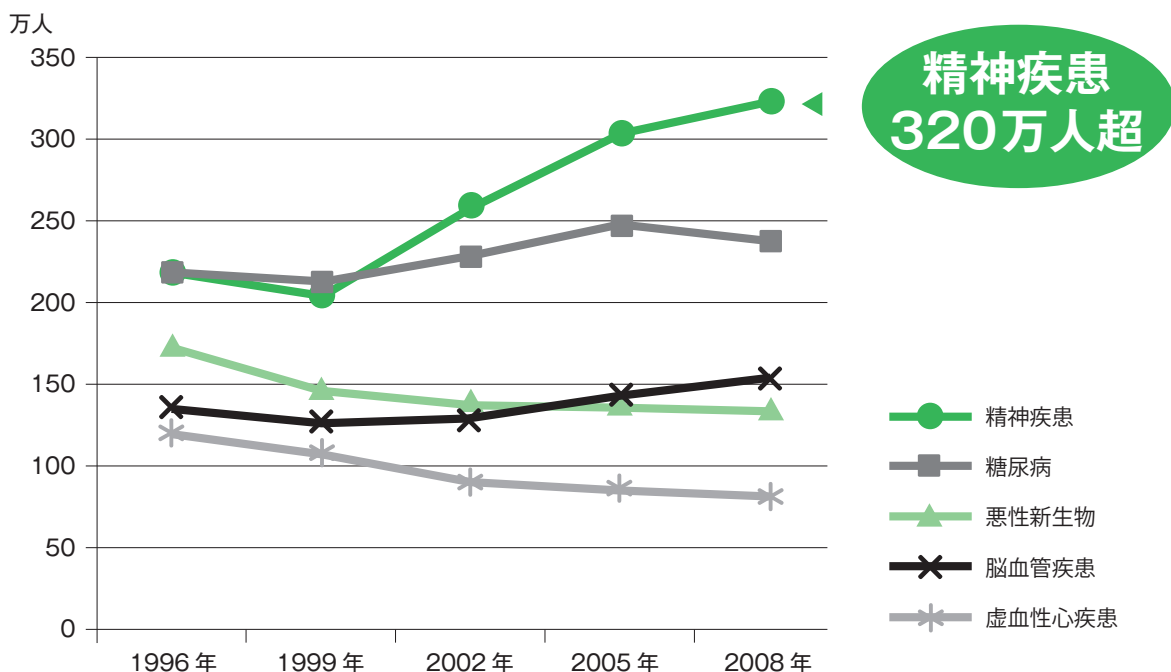
こころの健康を守る施策の充実は、国民的な課題となっており、厚生労働省においても、「入院中心から地域生活中心へ」と転換を図る精神保健医療福祉施策の検討が進められてきました。

しかし、安倍内閣のもとで、2013年通常国会に提出され成立した「精神保健福祉法改正法案」は、後述するように、医療保護入院について「保護者の同意」を「家族等の同意」にかえただけで、患者の権利擁護のための代弁制度の創設も見送るなど、検討チームの報告とは異なった内容に後退しています。

このような日本政府の対応とは反対に、2013年5月末、国連拷問等禁止条約委員会は、日本政府に対して「強制入院の法的コントロール」「身体拘束や保護室への隔離を減らす」「行動制限による被害者の救済と賠償」「独立した監視機関による精神科病院の定期的監視」などの勧告をおこないました。勧告の内容について日本政府はフォローアップして1年後に回答することが求められています。今後の精神障害当事者の人権を守る運動が重要となっています。

患者・家族、国民本位の精神保健医療福祉改革と施策の充実を願う立場から、当面する課題を中心に、日本医労連の基本的な見解を示します。

図1 傷病別の医療機関にかかっている患者数の推移



(図1～5は厚労省公表の図表から作成)

1. 日本の精神医療における歴史的背景と今日に及ぶ弊害

我が国の精神医療は、世界的にも例を見ない隔離・収容中心の政策が長年おこなわれてきました。戦後、1950年に精神衛生法が制定されて、私宅監置(座敷牢などに閉じ込めること)が禁止され、国は、都道府県に公的な精神科病院をつくらうとしたものの財源不足等から進まず、結局、民間にゆだねることになりました。

厚生省は、精神科病院を作りやすいように、1958年に医療法の「精神科特例」(医師：一般科の1/3 看護職：一般科の2/3)を発出し、医療金融公庫の精神病床融資基準枠を年間1万5千床に広げ、民間による精神病床の大増床を進めてきました。「精神科は少ない人員でよい」という精神科差別の「精神科特例」が、半世紀以上を経た現在までも続いています。

精神医療の歴史的経過	
1950年	精神衛生法施行 私宅監禁禁止
1958年	医療法の「精神科特例」 医師：一般科の1/3 看護職：一般科の2/3 民間による精神病床の大増床
1964年	ライシャワー米国大使刺傷事件 措置入院の強化 低医療費・少ない人員配置・多くの入院患者
1968年	WHOクラーク博士勧告 精神病床35万床超
1984年	宇都宮病院事件
1987年	精神保健法 精神保健指定医、任意入院法制化
1995年	精神保健福祉法

また、欧米諸国と異なり、我が国の精神科病院の運営は民間病院中心で(約8割が民間病院)、一般病院よりも少ない人員・低い報酬の中で、多数の長期入院患者で病床を満杯にすることで経営を成り立たせるという状況がつけられてきました。

1964年に統合失調症の少年による「ライシャワー米国大使刺傷事件」が起きると、「患者狩り」といわれるような強制入院の促進がおこなわれ、全額公費の「措置入院」患者が大量に民間病院にうまれました。

1970年代の高度経済成長時期までに、精神病床は35万床に達し、欧米諸国が精神病床を削減して以降も入院中心の精神医療が続き、いまなお約33万床、日本の入院病床の約4分の1が精神病床となっています。平均在院日数についても欧米では平均18日で早期退院になっていますが、日本では平均301日(2010年)と依然として入院が長期になっています。

人員配置基準		
	一般病床	精神科病床
医師	16対1	48対1
看護職員	3対1	4対1

(床/千人)

図2 精神科病床数の比較

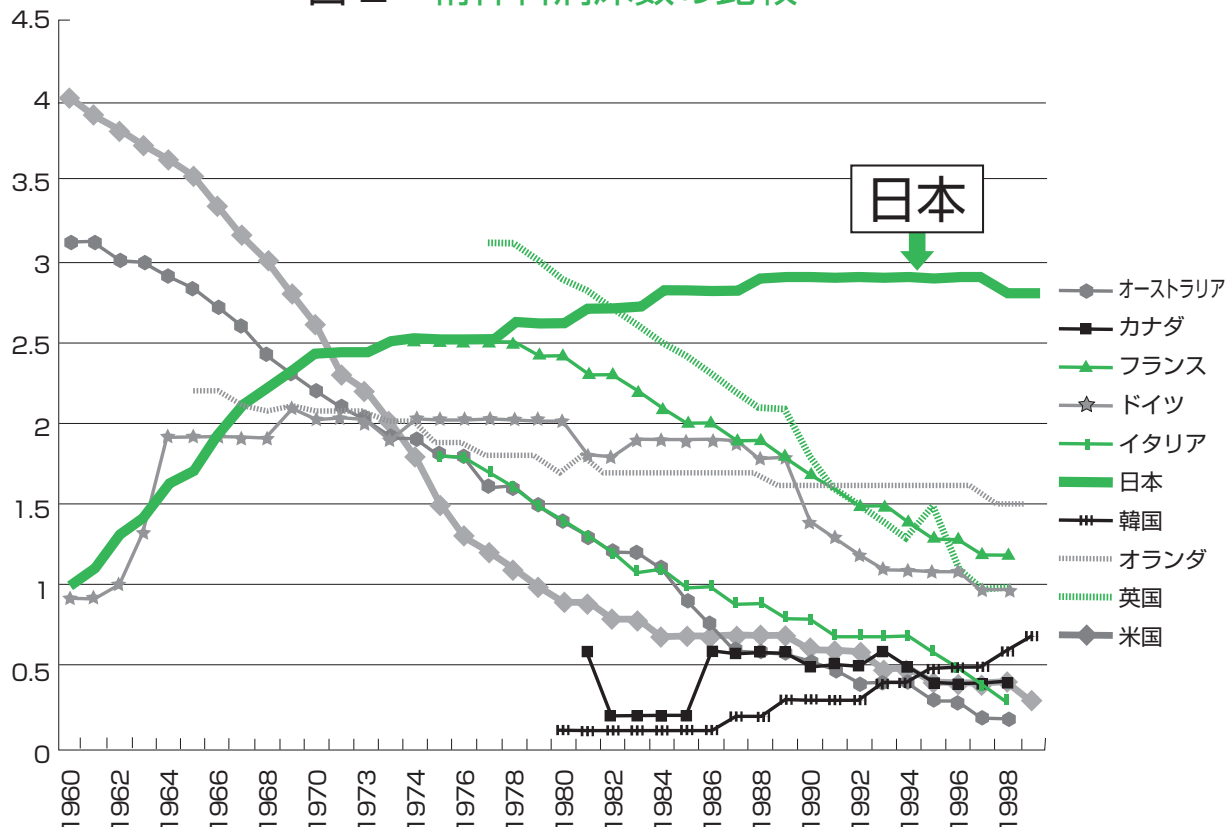
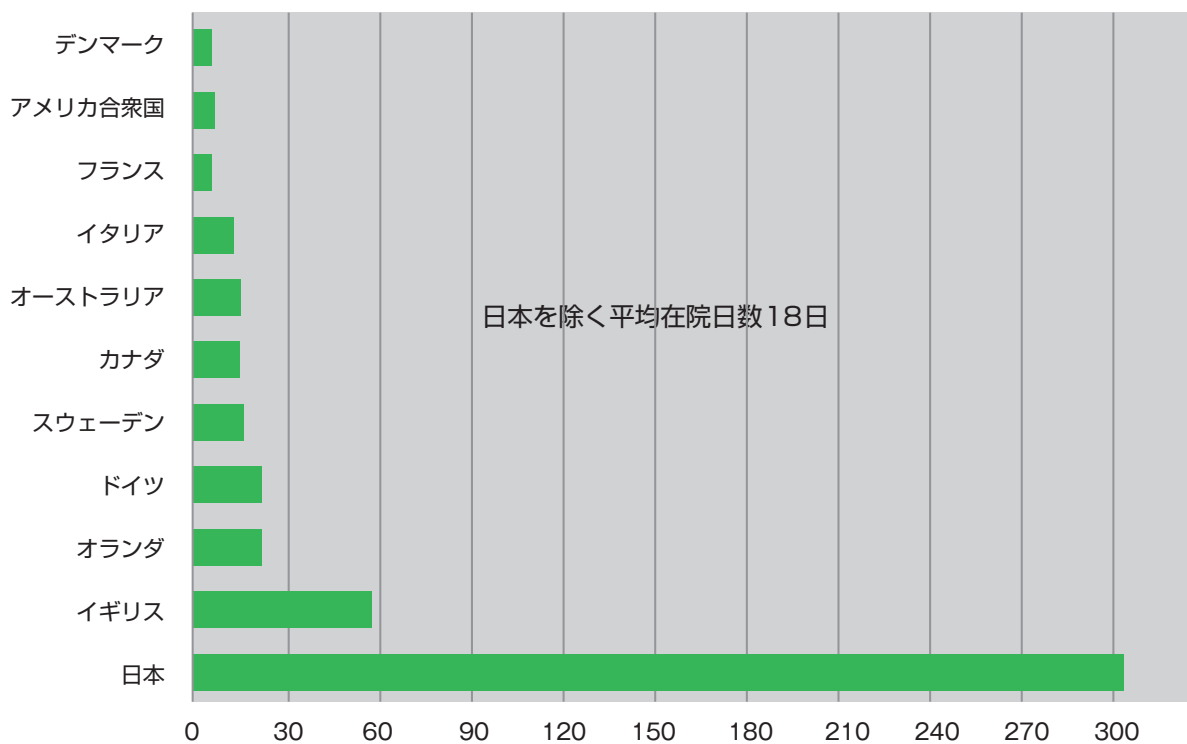


図3 退院者平均在院日数(2005年)



1984年に、患者への虐待や暴行致死など、多くの人権上の問題をふくむ「宇都宮病院事件」が発覚したことを契機に、精神医療の見直しが始まり、1987年に精神衛生法が精神保健法と改称され、本人の意思による「任意入院」がはじめて法制化されました。95年には「精神保健福祉法」となり、精神障害者に対する福祉に法的根拠が位置付けられました。

これまでも精神医療改善の取り組みが行われてきましたが、少ない人員で低い診療報酬という精神科差別は、今日まで是正されずにきました。精神科病院の診療収入は、入院基本料が中心で検査や処置が少なく、入院基本料自体も低いため、一般病院の約3割～4割の水準となっています（図4）。貧弱な精神医療の体制が難治例を増やしてきたといえます。

また、「行政改革」の中で保健所が統廃合されるなど、日々の健康で文化的な市民の暮らしを守る保健所の機能が後退し、予防、早期診断、早期支援や地域生活を支える精神保健福祉の体制も大きく立ち遅れています。

近年、精神科外来の患者数が増加し、新規入院患者の入院期間の短縮、統合失調症の入院患者減少などで、平均在院日数は短縮しています。しかし、一方で約20万人が1年以上の長期入院となっています。精神科病床を大增床した時期に入院し長期化した患者が高齢化し、入院患者の約5割が65歳以上の高齢者となっています（図5）

図4 病院別にみた入院の診療行為別1日当たり点数

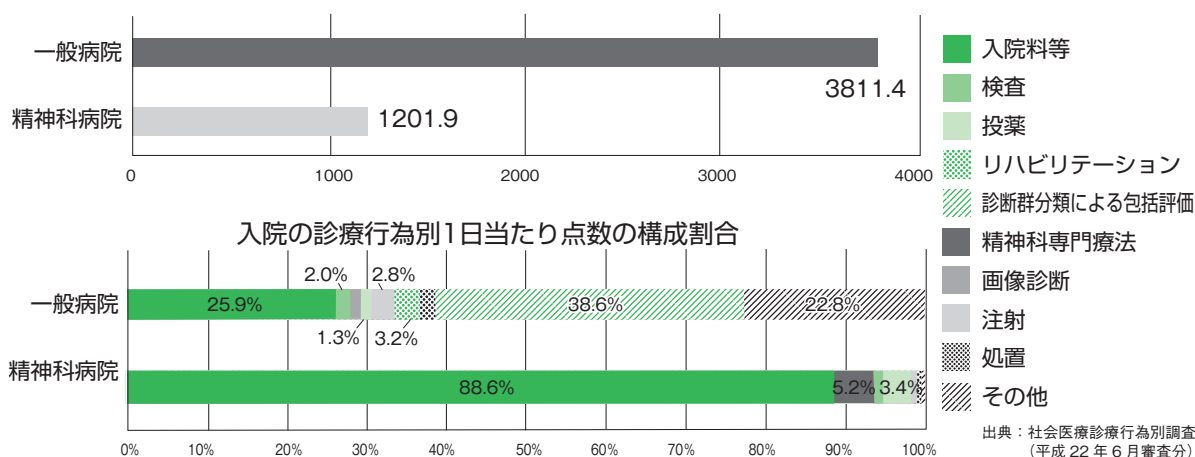
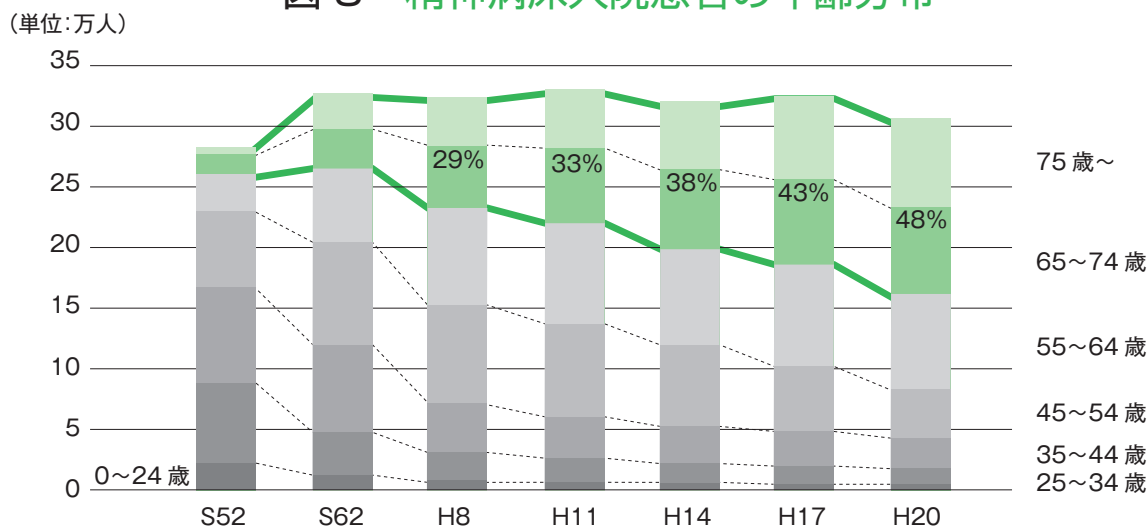


図5 精神病床入院患者の年齢分布



2. 精神医療改革の動き

(1) 入院中心から地域生活中心への改革

精神科病院をとりまく状況は、2000年代に入って大きく変わってきました。2004年には、厚労省が「入院医療中心から地域生活中心へ」をスローガンにした「精神保健福祉施策の改革ビジョン」を出し、2010年には、当事者・家族、精神医療関係者による「こころの健康政策構想会議」が「精神保健医療改革の提言」を厚労大臣に提出しました。

「こころの健康基本法」制定を求める請願署名や意見書採択等の運動が広がる中、厚労省において精神医療改革に関する検討会が設置され、2010年～2012年に、「アウトリーチ医療」、「精神科救急体制」、「精神医療の機能分化と質の向上」、「医療保護入院の見直し」、「認知症と精神医療」等、精神医療に関する報告が相次いで出されました。報告を受けて次のような具体化が進められています。

精神保健医療福祉改革の動き	
2004年	厚労省「精神保健福祉施策の改革ビジョン」 入院医療中心から地域生活中心へ
2009年	厚労省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告
2010年	こころの健康政策構想会議「提言」 「こころの健康基本法」請願署名
2010年	厚労省「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」設置
2010年	「障害者制度改革のための基本的な方向について」閣議決定 ・地域生活支援・保護者制度見直し・人員体制充実
2011年	医療計画の重点疾患に精神疾患追加
2011年	超党派の議員連盟が発足
～2012年	厚労省の各「検討会チーム」報告 アウトリーチ医療、精神科救急体制、機能分化と質向上、 医療保護入院、認知症と精神医療
2013年4月	新医療計画（5疾病5事業）スタート
2013年6月	精神保健福祉法改正法案成立

- 「入院3か月未満」の人員配置基準の引上げ ⇒ 診療報酬改定
- アウトリーチ医療の一般化 ⇒ 国の推進事業から診療報酬化
- 認知症の地域処遇 ⇒ 厚労省5カ年計画（オレンジプラン）
- 医療保護入院の見直し ⇒ 精神保健福祉法の改正（2013年通常国会で成立 後述）
- 精神科救急医療 ⇒ 夜間・休日を含め精神科救急体制の整備(都道府県)
- 医療計画 ⇒ 精神疾患を重点疾患に加えた新医療計画が2013年度から開始

3. 日本医労連の基本的な見解

(1) 精神保健福祉予算の抜本的な拡充と体制整備

●精神保健医療福祉改革に逆行する社会保障の改悪をやめ、憲法25条に基づく充実

増大する精神疾患や3万人もの自殺の背景には、経済的困難や不安定雇用の増大、長時間過密労働など社会的な問題があります。その上、「社会保障と税の一体改革」や社会保障制度改革推進法の中では、自己責任が強調され、社会保障の一層の抑制が行われようとしています。医療・介護の負担増や給付制限、意図的な生活保護バッシングと切り下げ、生活保護法の改悪案など、医療・福祉の切り捨ては、精神障害者の地域での生活をますます困難にするものです。

こころの健康を悪化させる社会のあり方を見直し、だれもが安心して地域でくらせる社会保障の充実を図ってこそ、精神医療改革も実効あるものとなります。

●国・自治体の責任で、予防・治療・回復・社会復帰までの体制整備を

日本では、「精神科特例」による少ない人員で民間に依存して精神病床が増床され、国策として隔離・収容中心の精神医療が続けられてきました。こうした中、病院で生涯を終えた患者も少なくありません。「精神科特例」で大幅増床した時期に入院して長期入院となっている患者はすでに高齢化しており、身体疾患の合併や介護の必要な患者も多数となっています。

歴史的な経過からも、精神科病院の多くが民間病院であることから、入院中心の精神医療からの転換を図るにあたって、個々の病院任せにするのではなく、極めて低く抑えられてきた精神保健福祉の予算を抜本的に拡充し、予防・治療・回復・社会復帰までの体制を国・自治体の責任で計画的に整備することが必要です。財政や人員配置が伴わなければ、住み慣れた地域で精神疾患の患者を支える構想は、絵に描いた餅になりかねません。

認知症についても、精神科病院への長期入院を解消することが打ち出されていますが、地域処遇のためには早期診断、早期の適切なケア、家族支援など地域での生活を支える医療・介護体制の整備が不可欠です。

また、障害者雇用促進法の改正法で、身体障害・知的障害とあわせて精神障害者の雇用が義務化（実施2018年4月）される予定ですが、精神障害に対する啓発や職場のメンタルヘルス対策の推進、労働条件の確保等を含めて実効あるものにする必要があります。

●アウトリーチ推進事業の検証、教育研修・労働条件の整備を

厚労省のアウトリーチ推進事業（未治療や治療中断等に対し、専門職がチームを組んで必要な訪問支援を行う）は、2012年度24自治体（37か所）にとどまっており、13年度は新規の募集は行われず、取組のない県も多数残されています。今後、一般制度化される予定ですが、医療・福祉サービスにつながっていない人を対象にした活動は、自治体を含めて地域での連携が不可欠です。

アウトリーチ推進事業では、精神科病床の削減とチームの設置がセットとなっており、入院から地域生活支援への人員体制の転換を図るとしていますが、アウトリーチ事業が広がっていない要因を含めて問題点の検証が必要です。また、地域での新たな取り組みにあたっては、個々の労働者の努力と献身にのみ依拠するのではなく、教育研修や労働条件の整備を図ることも重要な課題です。

(2) 精神科医療制度について

●精神科差別を撤廃し、医師・看護師等人員配置を引き上げる

精神科疾患患者の病状予防・治療・回復・社会復帰には、全人的に患者を捉え、アプローチを行

う必要があります。その為に、1人の患者に対し多職種での関わりが必須であることは、現在ではOECD先進諸国における共通認識です。

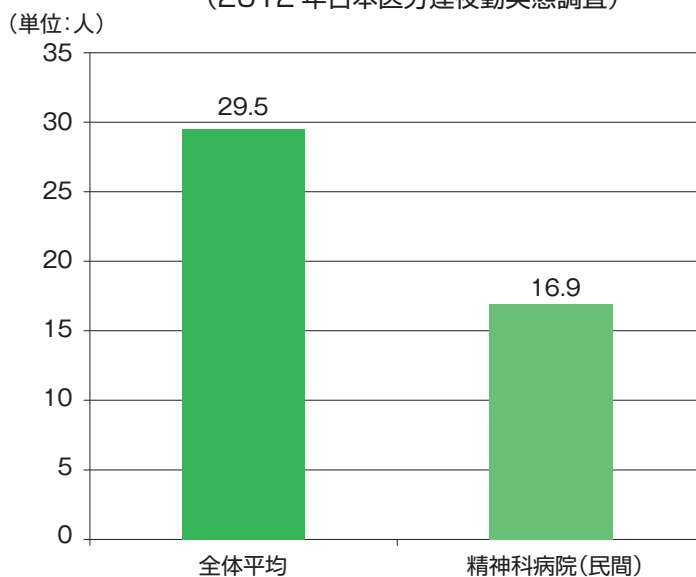
にもかかわらず、我が国では、精神科の医師・看護師等の配置は低い基準でよいという「精神科特例」が今日まで続き、精神科病院の収入は一般病院の3～4割に抑制され、限られた医療しか提供できていませんでした。

日本医労連の夜勤実態調査(2012年度)では、50床(3交替病棟)あたりの看護職員数は、全体平均で29.5人に対し、精神科病院では16.9人と非常に少なくなっています。また、精神科病院に働く職員の賃金は、日本医労連賃金労働時間実態調査(2012年)で、平均賃金(医師除く基本給)は、43.6歳で約23万7千円と他の病院に比べて2～4万円も低くなっています。

質の高い医療を提供し、短期間の入院で退院・地域生活につなげるためには、医療法の「精神科特例」をすべて撤廃し、人員配置基準・診療報酬をすくなくとも一般病床と同等に引き上げ、人員配置の拡充を図ることが必要です。その上で、地域生活への移行を支援する精神保健福祉士(PSW)や作業療法士(OT)、臨床心理士など必要な専門職の配置を行うことが必要です。

図6 50床あたりの看護職員数

(2012年日本医労連夜勤実態調査)



●疾患と症状に応じ、適切な医療と生活支援を保障する

厚労省は、入院患者を「3か月未満」「3か月～1年未満」「重度かつ慢性」と区分し、入院後3か月未満に限って、医師・看護師の配置を一般病床と同等に改め、「重度かつ慢性」を除いて1年以内の退院を目指すとしています。

しかし、「3か月～1年未満」については、医師は現在の精神病床の基準のまま、看護職員については、3対1配置の一定割合について他の職種で置き換えてもよいとしています。また、現在の長期入院患者に対しては、医師は現行の精神病床より少ない配置とし多職種(看護師・PSW・OT・補助者など)で3対1の配置とするとしています。「重度かつ慢性」の定義もあいまいです。現在の長期入院患者は、前述したような国の隔離収容政策によって長期化して高齢となっており、国が責任をもって手厚い体制をとるべきです。

「3か月未満」の人員配置基準の引き上げは、改善の第一歩ですが、医師・看護師等の配置基準は、全ての期間を通じてすくなくとも一般病床と同等とし、入院期間で機械的に区分するのではなく、疾患や症状に応じて適切な医療や生活支援が確保されるようにすべきです。

●精神科救急医療体制の整備

精神科救急医療体制の整備は都道府県の努力義務となっており、厚労省が補助事業をおこなっていますが、2012年10月現在、47都道府県中、夜間・休日の精神医療相談窓口の設置は29 / 47、精神科救急情報センターの設置は40 / 47となっており、両方とも設置されていない県も5県残されています。

整備が進んでいない県の対策とともに、身体合併症への対応も含めた精神科救急体制の整備が必要です。

●国公立病院の精神科の拡充

国公立病院の精神科病床は、約3万3千床（09年6月病院報告）で病床数に占める割合は10%強となっていますが、新たな取り組みである精神科救急、身体合併症治療、薬物・アルコール依存症医療やアウトリーチ等については、特に、公的医療機関が行政と連携協力して、積極的な役割を果たすことが求められます。

あわせて、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（医療観察法）による司法精神病棟についても、精神医療改革の一環として関係者の声を聞いて検証を図り、改善していくことが必要です。また、一般精神病床に比較すれば手厚い体制となっている人員体制や多職種チームによる実践等について、精神科全体の改善につなげていくことが求められます。

(3) 患者の権利擁護、精神疾患に対する啓発

●医療保護入院の抜本的な見直し

厚労省検討チームによるまとめ（2012年6月）では、「本人の意思に反して保護者の判断で入院させるため、本人との間にあつれきが生まれやすく、保護者にとっては大きな負担となる」とし、「保護者の同意を要件としない入院手続きとする」としていました。また、本人の権利擁護のための仕組みとして「自分の気持ちを代弁し、病院などに伝える役割を果たす代弁者を選ぶことができることとする」としていました。

しかし、安倍政権のもとで、2013年に国会に提出されて成立した「精神保健福祉法改正法案」は、「保護者制度」を廃止するとしているものの、「保護者の同意」を「家族等（配偶者、親権者、扶養義務者及び後見人又は保佐人）のうちいずれかの者の同意」とかえただけで、患者の権利擁護のための代弁制度創設もなく、家族等の同意を要件としたことで、患者と家族とのあつれきや家族の負担等の問題を解消しえないものになっています。

法案は成立しましたが、「代弁者制度の導入など実効性のある支援策を早急に検討」など10項目に及ぶ附帯決議が採択されており、実効ある支援の充実にむけ引き続き運動を進めていきます。

●差別や偏見を解消する啓発活動を進める

長年にわたって、社会防衛的な隔離・収容施策がとられてきたこともあり、我が国における精神疾患に対する差別や偏見は、残念ながら、解消されているとは言い難い状況があります。国が精神科差別を早急に撤廃し、社会復帰のハード面の整備と同時に、国民の中にこころの健康や精神疾患に関する理解を拡げるための取り組みを進めることも必要です。

2013年通常国会で、障害者に対する「差別的取り扱いの禁止」や「合理的配慮」を行政機関や民間事業者に求める「障害者差別解消法」が成立しました。法案に「差別」の定義が明記されていないなど、今後に残された課題もあり、障害者全体の運動に結集して差別を許さない取り組みを進めていきます。

●患者・家族、地域住民、精神保健医療福祉従事者の声を改革に生かす

精神保健医療福祉改革を進めるにあたっては、患者・家族や地域住民、精神保健医療福祉の現場を支える医療福祉従事者の声を反映することが必要です。

精神保健医療福祉の改革にあたって、精神医療関係労組が加盟する日本医労連を含めて関係団体から意見を聴取する場を設けることを求めます。

発行 日本医療労働組合連合会（日本医労連）
〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5
電話03-3875-5871 Eメール n-ask@irouren.or.jp