

第2部

認知症になっても精神病院に入れないで!

コーディネーター 竹端 寛 さん（山梨学院大学法学部政治行政学科教授）

精神病院が減らない理由（入門編）

オーナーの本音

日本は先進国の中で、人口比当たりの精神科病床は最も多く、また平均在位日数も飛び抜けて高い「例外国」です。その理由について、精神科医達は、「地域の受け皿がない」「家族の理解がない」「本人がまだ退院出来る状態ではない」などの「もっともらしい理由」を述べて来ました。しかし、建前ではない本音のところは、どうなのでしょう？ 厚労省の病床削減に関する検討会で出された、ある業界団体の幹部の「本音」をご紹介します。

千葉潜委員（青仁会青南病院院長）は、長期入院している精神障害者をグループホームに移行させた場合、赤字経営を強いられる可能性が高いとする試算を紹介。それでもあえて入院患者の地域移行を進める病院は、精神医療の改革を意識した良質な病院であるとし、「そうした病院が病床を減らしても食べていけるような裏付けがなければ、長期入院する精神障害者の地域移行は進まない」と訴えた。

葉梨之紀委員（日本医師会常任理事）も、現行制

度では民間の精神科病院が自ら病床を削減するのは、ほぼ不可能に近いとし、「削減を進めるための、なんらかの新たなモデルが必要」と述べた。

（2014年5月21日 キャリアブレインニュース）

「病床を減らしても食べていけるような裏付けがなければ、長期入院する精神障害者の地域移行は進まない」というのは、入院患者本人の症状・状態や家族・地域社会の理解度の問題とは全く違う、精神科病院の経営上の理由です。事実、医師会代表も「削減を進めるための、なんらかの新たなモデルが必要」と言いますが、これは、病床を削減しても儲けるための「ビジネスモデル」そのものです。患者の利益にとっての最善、ではなく、病院経営にとっての最善、こそが国の病床削減の検討会で堂々と臆面も無く語られています。そして、この病院経営至上主義は、60年近くもの間、日本社会における「既得権益」になっているのです。

オーナーに都合の良い経営環境

1958年10月2日に出された厚生事務次官通達（発医第132号）では、精神病院を「特殊病院」と規定した上で、「医師は他科の3分の1、つまり患者48人に1人でいい。看護師は3分の2、つまり患者6人に1人でいい」と規定しました。これがいわゆる精神科

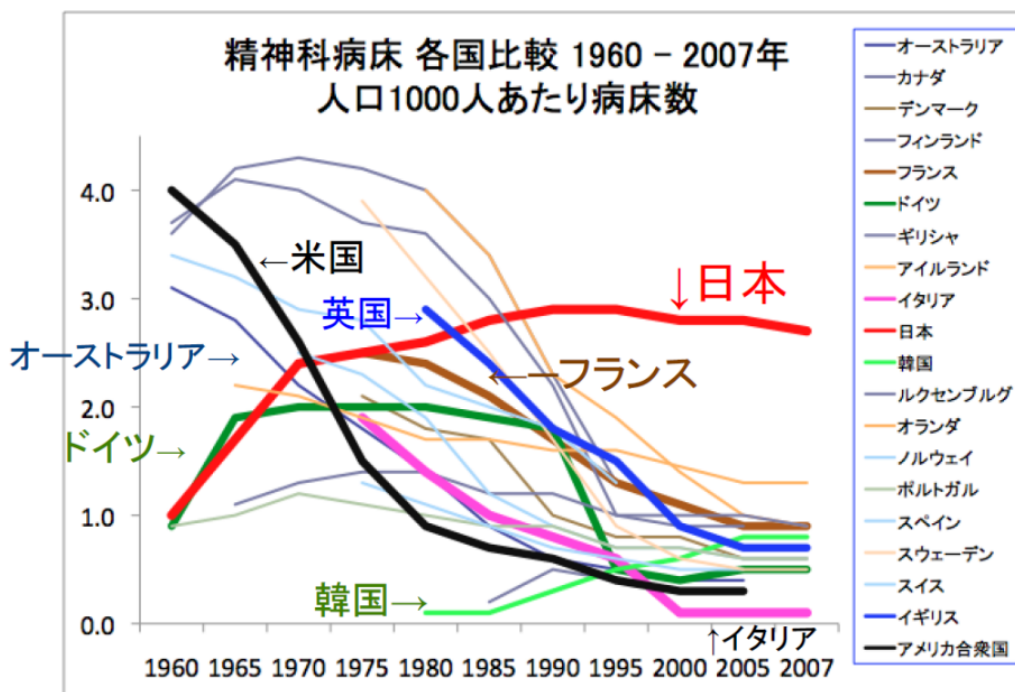
特例と言われるものです。また1960年に作られた医療金融公庫は、年利0.65%で償還期間25年という低利で病床拡大に向けた融資を払っていきます。1945年の敗戦時には4000床まで削減されていた精神病床も、このような劣悪な職員配置基準と低利の融資とい



う病院経営至上主義が功を奏し、公庫成立以後は毎年1万～1万5000床のペースで増床されていきました。さらに言えば、1961年の精神衛生法改正は「入院措置を円滑に行なうことによって高額な医療費負担による措置患者世帯の貧困階層への転落の防止を図る等精神衛生対策の推進を期すること」を目されており、経済的理由による全額公費の強制入院を認める誘導策になりました。つまり、建設資金も極めて低利で融資され、少ない人手で良く、かつ患者への支払いの多くが公費で賄われる、という大変「オイシイ条件」が経営者に示されたのです。当時、武見太郎日本医師会長が「精神病院は牧畜業者」と述べたのも、また産科医や歯科医、さらにはパチンコ業者などが「異業種参入」したのも、このような経営環境ゆえでした。

他の国と比較する際、この病院経営者に都合の良い経営環境の維持、という部分を忘れてはなりません。というのも、日本が精神病床を増やした1960年代から、諸外国では精神病床を削減し始めたからです。これは抗精神病薬の開発や、精神病院での劣悪な処遇の告発による世論の喚起とそれに呼応した政治家の決断、だけでなく、多くの国の精神科病院の多くが公立病院であった為、改革が容易であった、という背景があります。一方日本では、民間病院が9割を占め、その病院のオーナー団体である日本精神科病院協会は、以前から自民党の厚生労働族に大きな影響力を持ち続けています。オーナーは、当然自らの病院経営に有利になるような利益誘導を行行使ってきました。

世界は20世紀精神科ベッドを減らし地域生活支援に転換 日本は今も入院中心(OECD平均0.7床、日本2.7床)



精神病院を優先しないで！

では、精神病床を減らすことに成功した国では、どのような変化が起こったのでしょうか？ 精神

病院を廃絶に導いたイタリア・トリエステでは、病院の経営環境の維持ではなく、精神障害者の治療環

境の向上を目指しました。病棟がある時代から、自分の想いや願いを誰にも聞かれなかった入院患者が本音を言えるような民主的な対話の場（アッセンブレア）を続けていました。その中で精神障害者の真の問題は貧困問題でもある、と気づき、退院後の就労の場（社会協同組合 B 型）なども作ります。

また、24 時間オープンな精神保健センター（有床診療所の機能も持つ）で急性期も治療をするため、総合病院にある 6 床の精神病棟は半日や 1 日の「入院」が殆どです。クライシスに間を置かず対処する事で、悪循環を防ぐ治療につながっています。

また、近年オープンダイアログが日本でも注目されているフィンランド・西ラップランドのケロブ

ダス病院では、多くの医師・看護師が家族療法のトレーニングを受け、急性期の患者とも、薬物治療のみに偏らず、本人や家族との対話の中で、最大化した本人の生きる苦悩を鎮める支援を行っています。

診断や治療方針も、本人がいる場で決めるのが、この流儀です。医療者の診断に本人を当てはめるのではなく、本人の動的なニーズに適応する事で、入院期間も入院患者自体も劇的に減少し、1980 年代には 160 床あったケロブダス病院は、現在は 30 床で、その病床も余っているので削減が計画されています。そもそもこの病院の 30 床には、看護師が 39 名働いていて、日本の基準の 5 倍以上です。

日本の精神科医師、看護師、PSWの 受け持ち患者数は飛び抜けて多い

精神科医療従事者数のG8諸国比較

2001WHO資料を参考に有我が作成

	精神病床 人口万対	精神科医師		精神科看護師		精神科ソーシャルワーカー	
		人口万対数	一人当たりの 病床数	人口万対数	一人当たりの 病床数	人口10万対数	一人当たりの 病床数
イタリア	1.7	9	1.9	26	0.7	2.7	6.3
イギリス	5.8	11	5.3	104	0.6	58	1
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52	1.5	—	—
アメリカ	9.5	10.5	9	6.3	15.1	33.6	2.8
ロシア	11.8	11	10.7	54	2.2	0.6	196.7
フランス	12.1	20	6	—	—	—	—
カナダ	19.3	12	16.1	44	4.4	—	—
日本	28.4	8	35.5	59	4.8	5	56.8
医療観察法			8		0.75	PSW+心理士+作業療法士=5	

Atlas country profiles on mental health resources, WHO,2001

■日本の精神科医師・看護師の人口比率は他の国と比べて大きな差はない。

しかし、群を抜いた精神病床数の多さにより、一人当たりの病床数は極端に多くなっている。

退院促進で病床数を減らし、地域型に転換すれば、諸外国並の医師・看護師の配置は可能となる。

■日本の精神科病棟で人員配置が一番手厚いのは医療観察法病棟である。しかし、その人員配置でさえ、一人当たりの病床数を、イタリア、イギリスと比較すると、平均的な精神科の人員配置以下である。いかに、日本の精神科病棟の人員配置が貧弱なのか分かる。手薄な人員配置で、多数の入院者をケアすると管理が優先されがちとなる。日本の悪名高い隔離・身体拘束の多さや長期在院日数の大きな要因となっている。

さらに、かつては「回転ドア現象」と揶揄されたアメリカでも、病院の経営ではなく、入院患者の権利擁護が重視されています。1999 年には、「不必要な入院・入所は差別だ」というオルムステッド判決が最高裁で出され、入院・入所者の地域移行の具体

的目標である「オルムステッド計画」の策定が州政府に義務づけられています。この裁判や州政府の履行に関しては、各州に設置が義務づけられている障害者権利擁護機関(Protection & Advocacy)がしっかり監視しているだけでなく、強制入院の患者には



患者の権利擁護官(Patients Rights Advocate)がつき、病院における不適切な支援への監視を続けるなど、入院患者の側に立つ施策が展開されています。

諸外国の実践と比較すると、日本の精神科病院の特殊性は一目瞭然です。患者の権利や安心して過ごせる治療環境は重視されず、病院経営を偏重する姿勢が未だに続いています。とはいえ、統合失調症など、これまで病床を埋めていた慢性期高齢患者の死亡や、若年層の患者の軽症化で、精神科のベッドは

ここ数年、8割程度しか埋まっていない、とも言われています。そのため、それらの病院経営者の中には「認知症でベッド数を穴埋めしたい」「認知症に特化した老健や、慢性期患者の退院支援施設に鞍替えしたい」という思惑もあるようです。

「認知症になっても精神病院に入れないで」というのは、単に認知症の問題に留まらず、「精神病院の既得権益保持を優先しないで」というメッセージでもあると私は思います。

<参考文献>

大熊一夫(2009)『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店

竹端寛(2013)『権利擁護が支援を変えるーセルフアドボカシーから虐待防止まで』現代書館

* 上記二枚のパワポは全国精神医療労働組合協議会の有我譲慶さん作成

<おまけ：入門編以上のことをお知りになりたい方は、下記の著書も是非♪>

精神医療の構造的問題は、 権利擁護の課題でもある！



- セルフアドボカシー(SA)とは、**自分(たち)自身による権利擁護**のこと
- **自身の当たり前の暮らしを自分で守れない状態に構造的に追い込まれた人が、権利擁護の必要な人**
- 単に金銭管理、ではなく、**ご本人の「思い・願い」に基づく支援**が必要不可欠
- 「出来る一つの方法論」の追及こそ、SA支援の大原則
- 詳しくは『**権利擁護が支援を変えるーセルフアドボカシーから虐待防止まで**』(現代書館)参照