

## アサイラム型民間精神科病院の宿痾 ～滝山病院事件の深層を探る

社会学者 高橋紘士さんから

NHK の 滝山病院の取材映像は、あらためて精神科病院の現状を活写した映像で、衝撃を与えるものであった。特に、私が注目したのは、最後の朝倉院長へのインタビュー映像である。

朝倉院長は責任回避と無責任な言辞を弄して逃走したわけだが、乗っていた外車がアストンマーチンであったことに驚いた。ご存知の方ならば気が付いたと思うが“007”で ショーン・コネリーが乗っていたのがあの車であった。最低 2500 万円は下らない車だそうだ。

わたくしはこのような医療法人の理事長や院長が、このような車などで奢侈を貪ることができる裏にある、これらの医療法人の収益構造に関心を持たざるをえない。

このことは日大事件で有名になった藪本雅巳被告が理事長だった兵庫錦秀会の神出病院事件でも同様で、第三者委員会の報告では、8 年間で総額 20 億円近くが前理事長に渡されたとのことである。現在はこの医療法人は彼の子息が継承している。

滝山病院の院長は不正請求事件で廃院となった病院の院長だったが、保険医取消の期間が終わってから、親族の推挽でこの病院の院長を務めることになった由、家業としての医療法人経営がまさに搾取型の病院経営と結びついていたのだ。

医師という職業の世襲率は極めて高い。医師という専門職の性格によるものであることは確かで、また、世襲だからといって医師として問題がある医

師が多いということをいうわけではない。

しかし、医業経営によって蓄積した資産の継受にとっても世襲が望ましくまた、それがあたり前とされている世界ともいえるのである。

世襲を可能にするため、医学部入学に手段を選ばない時代もあったのだ。今日ではこのようなことは表沙汰にはなっていないが、ある時期（1970年代）に宇沢弘文先生の文献によると私立医科大学の裏口入学率が65%だった時代があるとのこと。当時の裏口入学金の平均は今日の価格に直すと約2000万円であった（一橋大高久准教授による）、さらに、私立医大の授業料は今日でこそより低額の私立医大があらわれているが、6年間で最高額4600万円、最低が2000万円弱、平均で約3000万円といったところである。

一人前になるまでに、医師という専門職は時間と高額な授業料さらにその間の必要な費用を必要とするから、医師養成の時期の費用を親の家計が賄うということが通常であろう。ヨーロッパのように国立大学で無償の授業料である医師養成システムと異なっているのは、我が国では医師の再生産コストを私的に負担することが、医師および医業経営者の行動様式に影響しえていたことはあまり論じられたことがないようだ。

すべて確認したわけではないが、不祥事を起こすような病院の医療法人は家業経営であることが推測できる。これは、猪飼修平教授が指摘するように日本の医療が「私有制原理」で動いているからで、一部の保険外の費用を除き、医療費が社会保障によって賄われ、医業そのものは公的病院などの例外を除き、民間による準市場の構造でのなかで医業が営まれる。このことのマイナスの側面がとりわけ長期療養を受け入れる民間精神科病院で顕著なのである。

ところで、精神科病院の長期入院は、社会保険診療ではなく、生活保護制度の医療扶助費などによることが多いのは、本サイトの原昌平さんの論考で

指摘しているとおりでである。氏の論者は 2014～15 年で、2012 年の自民党の選挙公約での生活保護費 10%引き下げのなかで、生活扶助の切り下げが行われた時でも、医療扶助については、適正化という謳い文句はあるものの、原氏が指摘するように、財務省筋からの一部負担の導入など事実上、なりたち難い、無理のある提案に終始していた。

医療扶助が、実は原氏の指摘する「貧困ビジネス」としての精神科病院経営を可能にしているという構造にまで踏み込んで適正化を図るということはなかった。その背景には、精神病院業界をはじめとする医療業界が自民党政権と深く結びついていることによって、抜本改革を行う条件が整わないまま今日に至っているからだといえるだろう。

原さんの論者は 2014 年、15 年のデータによるものだが、現在入手可能な 2020（令和 2）年度のデータをみると、生活保護費は 3 兆 7000 億円、その約 5 割を超える 1 兆 8000 億円が医療扶助費、生活扶助費は 3 割弱の 1 兆 1000 億円弱、住宅扶助費が 6000 億円となっている。

医療扶助実態調査によると精神・行動の障害の入院件数は 4 万 4 千件弱、全入院の 35%、5 年以上入院の割合は 41%である。また、医療施設調査によると精神科病院一日在院患者数は約 21 万人、一般病院の精神科入院患者が 6 万 5 千人、あわせて 27 万 6 千人、平均在院日数は全病床の 28 日に比べほぼ 10 倍の 277 日となっている。

したがって、精神科病院病床に占める医療扶助入院の割合は 21%となつて約 5 人に 1 人は医療扶助入院である。勿論、この他に公費で賄われる措置入院や医療保護入院、そして本来の社会保険による入院がある。

とりわけ医療扶助費による入院は多くは、家族から切り離され、身寄りのない状態で入院することが多く、また、彼らの権利の擁護が行き届かず、不適切医療の温床であると夙に指摘され、今回の滝山病院でもそのことが明らかになっている。

1980 年代に悪名をとどろかせた宇都宮病院事件でも最近、医療扶助を使

って大がかりな不正請求事件を起こし、その不正請求を明らかにした宇都宮市の福祉事務所の嘱託医が、市によって解職された事件も同様の事件で、行政がこれに関与していたことが明らかになった。

さらに、入院患者さんたちは無権利状態に置かれており、彼らの権利を擁護するという手だてがないということに驚かざるを得ない。

このような条件でおこる看護スタッフによる暴行虐待の事案は、これらの医療法人のスタッフの処遇の状況についても関心を持たざるを得ない。

あの映像で起こっているさまざまな看護師等による虐待というのが何に起因しているのか、患者の処遇方針についての医師の関与のあり方、看護師の役割等々について考えるにつけ、どのような待遇でこれらの職員がいるのかということについての調査検討も必要だろう。しかし、これらは法人側にとっては秘匿したい事項であるので、公の強制的な調査権限なしには明らかにできないだろう。

さらにすでに多くの指摘が行われているとおり、1958（昭和33）年の医療法で「精神科特例」として医師が一般科の3分の1、看護職が一般科の2/3という制度が設けられた。このことは精神科病院の人件費構成に大きな影響を与えており、急性期病院の利益率が一桁台であるのにくらべ、二桁台であるのが一般的と言われている通り、利益率の嵩上げが人件費要因によるものでもあることは明らかだ。

そういえば、町医者であった私の父親の知りあいが、内科医にもかかわらず、精神科病院を開業したことについて、「あいつは儲け医者」だと怒っていたことを思い出す。このような環境にめざとく反応し、収益優先の民間精神科病院の開設ラッシュが続いたとすれば、当時の医療政策の責任は大きいと言わざるを得ない。

かつて1960年代にアメリカの社会学者アービング・ゴッフマンが連邦政府立の精神科病院の参与観察にもとづいて、「アサイラム～施設被収容者の日常

世界」という本を書いた（原著 1961 年、邦訳 1984 年）。ここで彼は「全制的施設（Total Institution）」という概念を用いて、これらは「監督される被収容者と監督する職員の間には根本的な裂け目」があり、ここでは「近代市民社会が形成した『主体の自由』が無効化され、被収容者は主体的存在というよりは、客体化された、モノとしてあるかわれる」と述べている。ここでは連邦政府立の精神病院が対象なので経営側の問題には言及していない。

日本では、民間の医療法人がこのような「全制的施設」としての精神科病院を運営しているのだから、冒頭のような医療扶助費等の社会保障費用を収奪する構造と、職員による虐待行為が結びついているという点に注目しなければならない。

精神の障害を持つ人々の社会的処遇の歴史について、呉秀三の精神病患者監護法（1930 年制定、起草時の内容は監獄法と変わらず医療に関する記述はなかった）による「私宅監置」をさして述べた「この病を受けたる不幸のほか、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」ということばの重みを改めて痛感せざるを得ない。

近代的病院によって、精神を病める人の治療の場が確立する筈であったが、公的病院は限定的で、多くが先に述べたように、民間病院に委ねられ、医療の場としてではなく、社会防衛と福祉的利用の場としての精神科病院（後藤基行による）が医の倫理を弁えない病院経営がまかり通ることを許してきた、我々の社会のあり方が改めて問いなおされるべきことである。

筆者はかつて「日本の医療・福祉のシステムの特徴はバウムクーヘンのように、中央の年輪から外側へ幾重にもシステムが重なって構成されていて、中心部を占めるのは古くからの医療・介護のあり方を体現したシステムで、社会の変化とともに、その外側に新しい政策を反映したシステムが張り付いていくといった構造となっている。その結果、時代の経過のなかでも古いシステムは破棄されずに温存され、その上に新しいシステムが重なっていくという形になり、結果的に時代に沿わない旧守的なシステムが、資源を消費し

てしまうという構造から抜けきれない。」と述べたことがある。

これは医療・福祉に限らないことかもしれないが、最大の問題はゴッフマンのいう「裂け目」を埋めていくための改革と実践がどのように現実化していくのかである。

すでに、医療としての精神療法については、オープンダイアログをはじめとする、脱病院の手法もあらわれ始めた。薬剤依存の精神医療への反省も広がってきている。イギリスでのコミュニティケアの創始がメンタルヘルス領域から始まったことは意外と知られていない。

その対極にある、我が国の「医療無きアサイラム型精神病院」をどうするのか。

本サイトにも収録されているOECDの人口1,000人あたりの精神病床数をみると日本は2.57で、諸外国と比べると突出して多い。これはヨーロッパとして病床数の多いドイツの1.30と同水準にすると、精神科病院入院者が約27万8000人であるから、その半数の13万9000人を退院させ、月々の医療費を600,000円と仮定すると、月834億円、年額にして約1兆円強の医療費となる。この数字の意味を皆さんと考えたいと思う。

2023年5月 高橋紘士記