

特集 今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか

精神科病院協会から

花井 忠雄

1. はじめに

日精協として公式に発表できる「将来ビジョン」は今現在なく、今春に発足した新執行部が「将来ビジョン戦略会議」を立ち上げようとしている段階である。だが、平成 14 年から執行部内で検討チームが作られ、平成 16 年 2 月にはすでに報告書が提出されており、そこでは“「入院中心」医療から地域医療・ケアへの転換を図る”という基本方向が示されている。現在まで若干の修正が行われたが、それらの検討に当初から係わった一人として、その内容について私見を加えて述べたいと思う。

2. 「入院中心」医療の実態と

その歴史的振り返り

わが国の精神科医療の特徴として、万対病床数

が多い・平均在院日数が長い・専門職員配置水準が低い、などが指摘されている。図 1, 2 にみるように、諸外国ではすでに「脱施設化」は終了しているのに、わが国では依然として病床の「施設化」現象を脱してはいない。最近では、年間の新規入院患者数は 37~38 万人と右肩上がりに増加し、それを若干上回る患者が退院しており、入院期間の短縮化が進んでいる。そのため図 3 にみるように、病床数の減少はほとんどみられないが、平均在院日数は徐々に短縮化しつつある。だが、その一方で「1 年以上の長期在院患者」数は 68.7 % (「精神病床の利用状況に関する調査」) と多く、国の試算でも約 23 万人前後で固定しているのが実態である。昭和 30 年前後から諸外国とは対照的に増え続け、現在も万対病床数が依然として多いのは、「長期入院化」施策がいまだ根本的に転

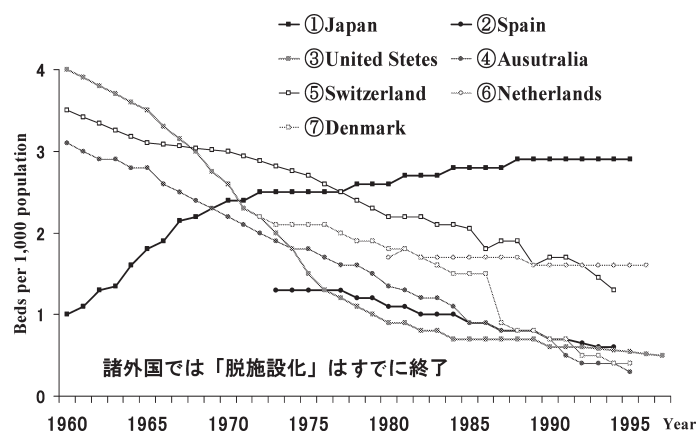


図 1 7 国 の 精 神 病 床 数 比 較 (人 口 千 対)

換されていないことに主因があると考える。

長期入院化＝過剰な万対病床数に至った背景を、わが国の精神保健医療福祉政策の面から歴史的に振り返ることは、必要なことである。

精神衛生法の制定された昭和25年を挟む前後10年間位は、わが国の障害福祉制度が整備された時代である。児童福祉法（昭和22年）、身体障害者福祉法（昭和24年）そして精神薄弱者福祉法（昭和35年）が制定されたが、それは「更生と保護」を障害福祉の理念としていた。「更生」とは、労働能力の修復・習得に係る援助であり、

「保護」とは、更生が困難な者に対する援助を意味しており、様々な支援や生活施設の整備が進められた。

だが精神疾患については、当時は結核などの伝染病と同じく隔離の対象とされ、また、疾患と障害が同じ概念とされていた時代であった。そのため寛解して退院・社会復帰できた患者、すなわち「更生」した精神障害者はよいが、それが困難な患者は「保護」の対象として精神科病院に隔離することとなった。他障害者の保護のための生活施設としての機能を精神科病床に付与したのが歴史的出発点である。精神衛生法の目的として「医療と保護」が今なお明記されているが、保護の概念にはこの意味が込められていることを私は指摘しておきたいと思う。昭和30年前後からの精神科病床数の増加はこのような歴史的限界によっていたとしても、昭和55年のWHOによるICIDH報告、昭和62年の精神保健法への改正とそれ以後の数度にわたる法改正、平成5年の障害者基本法、平成18年の障害者自立支援法の制定など、何度も精神科病床に付与された「施設的」機能を抜本的に解消する機会があったことも事実である。「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」を検討

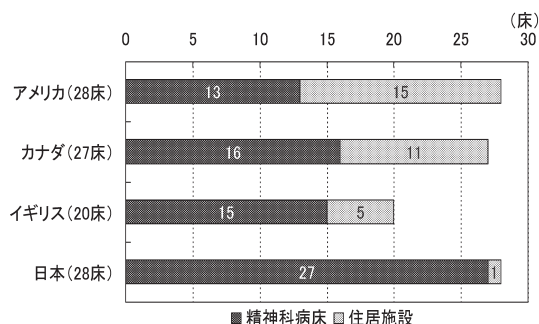


図2 長期入院化対策が放置された結果

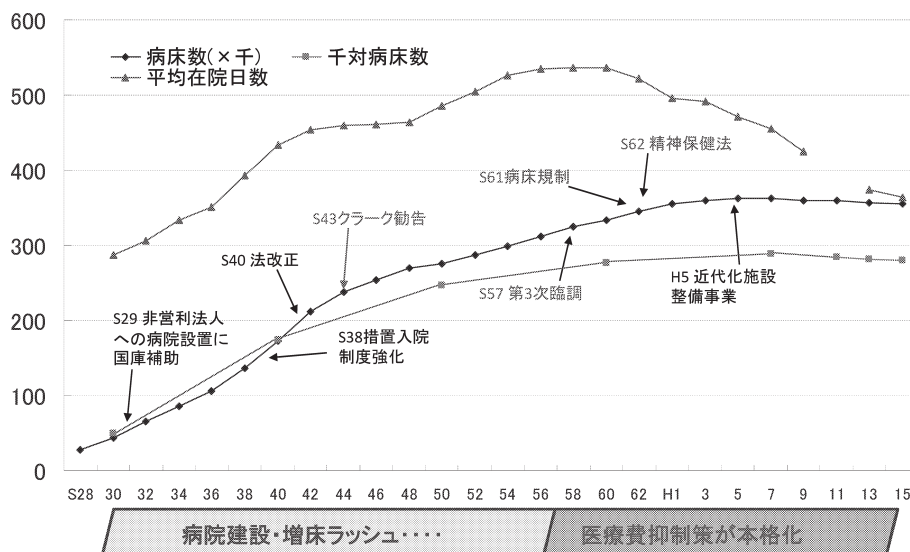


図3 精神保健福祉行政と精神医療の推移

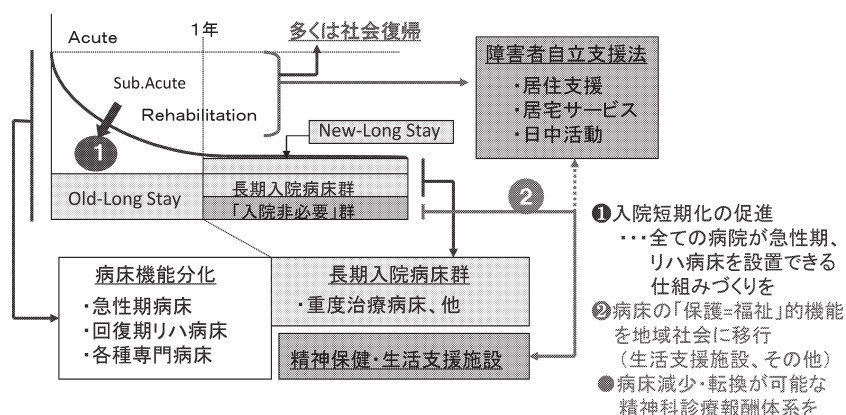


図4 基本的構想 (シエーマ)

するためには、以上の歴史的振り返りに立脚することが不可欠な条件であると考えている。

3. 「入院中心」医療から、地域医療・ケアへの転換を図る基本構想

基本的な構想は図4にシエーマ化したように、2つの要素で考えることができる。1つは、入院期間のさらなる短期化を図るために、急性期病床・回復期リハ病床など医療機能を高めた病床機能分化を促進することであり、長期入院者のうち「必ずしも入院治療を要しない」精神障害者をダイナミックに地域生活に移行することである。減床相当分の専門職を病床に再配分して医療機能を高める、また、地域医療を拡充することである。特に急性期病床・回復期リハ病床など「1年以内の短期医療」機能は、新規入院数が比較的少なかったり、小規模病院でも採用できる仕組みをつくる必要があるとあり、また、長期入院者の地域生活移行を進めることを前提に減床相当分の専門職を再配置することを考慮すれば、機能分化は診療報酬上で実施することが不可欠である。そのため私は図5に示すような「2階建て」方式の診療報酬体系が現実的であると考えている。すなわち、2種類程度の病床種別をもって1つの病棟を構成し、病床種別ごとに算定期間と単価を設定する。他方、その病棟は、医師・看護職など専門職の配

置基準に基づく複数の病棟機能類型を設定し、それぞれ診療報酬上で評価する。その総和をもって診療報酬とする、というものである。

もう1つは、1年以上の長期在院者のうち「必ずしも入院治療を要しない」精神障害者を地域生活に移行するためには、障害者自立支援法のサービス体系だけでは困難であり、生活障害が比較的重く24時間ケアを要する人たちの生活の場をしっかりと整備することが必要である。そのためには、国が先述した歴史的反省に立って、法整備と財源確保を腰を据えて計画的に行う覚悟が不可欠なのである（その内容については次項で述べる）。

4. 地域生活移行の促進と生活支援体制の確保

先述したように「1年以上継続して入院」する患者は23万人前後となっているが、言うまでもなく様々な病状・状態像の人たちで構成されており、どのようなハード・ソフトの「受入れ条件」が整えば、どのような状態の人たちが地域生活に移行できるのかを分析することが必要である。このような分析と無関係に「精神病床を半数に減らす」などというのは極めて乱暴な話であろう。

「精神病床の利用状況に関する調査」によると、図6にみるように「1年以上継続入院」患者についてみると統合失調症が70%で多く、そのうち

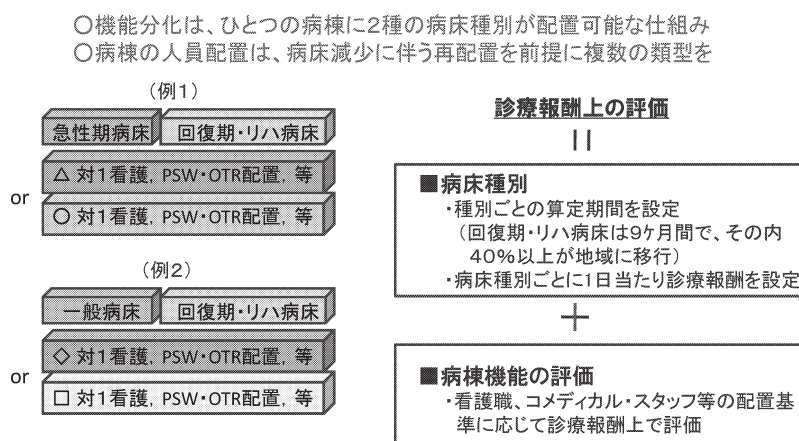


図5 ほとんどの病院が「1年以内の短期入院治療」機能を整備するために
（「2階建て」診療報酬）

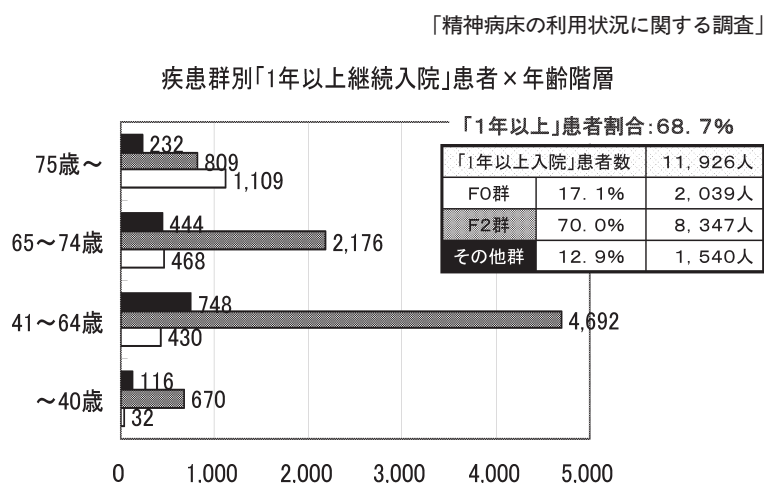


図6 「1年以上継続入院」患者の実態

64歳以下が62.2%となっており、必ずしも高齢者の統合失調症が多いわけではないことがわかる。また、主治医が「状態の改善が見込めず、居住先・支援を整えても退院の可能性がない」と判断したその理由は、「セルフケア能力の著しい低下」(34.7%)が最も多く、次いで「重度の陽性症状」(31.0%)、「自傷他害、迷惑行為」(18.25%)の順であり、「セルフケア能力の著しい低下」が長期入院の大きな理由となっていることが示さ

れた。

他方、精神一般病棟・精神療養病棟に入院中で「当該病院に継続して1年以上入院」している患者を対象に、日精協政策委員会が平成18年に調査を行った。詳述はしないが、その状態像を「2軸評価」・「年齢要素」・「生活自立度」・「合併症」の要素について図7に示した。さらに「生活障害評価」を加えて、どのような状態像であれば、「どのような生活の場」が提供されると退院が可

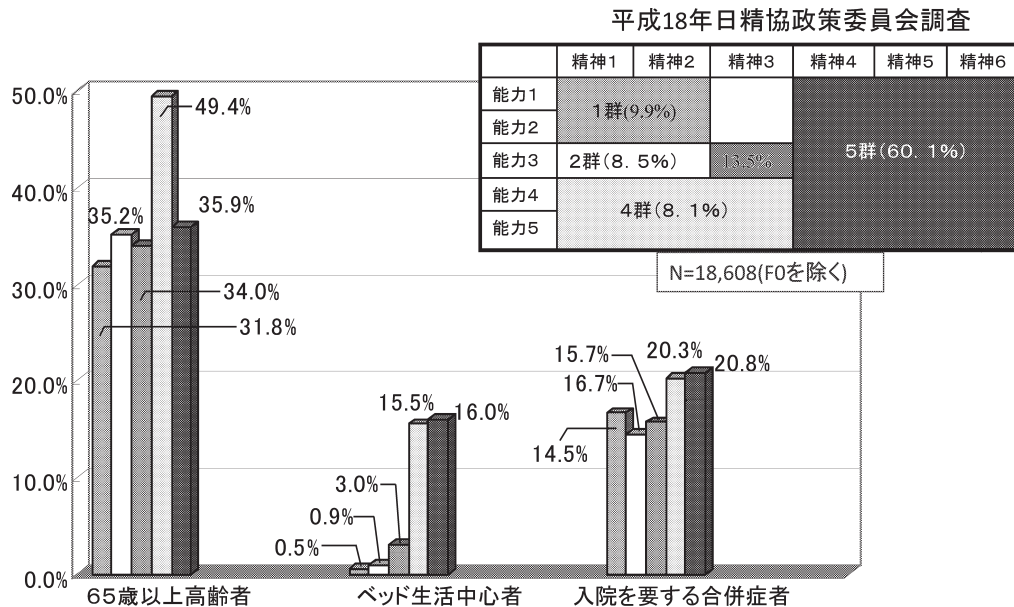


図7 「1年以上入院」患者の状態

能か、およびその推定患者数を絞り込んで検討し、それを図8に示した。その結果、自立支援法水準の居住の場には1.5%，24時間ケア付きの生活施設であれば8.1%，そしてさらに介護力を強化した施設であれば3.7%が地域移行可能であり、「1年以上継続入院」患者の合計13.4%の受け皿が必要であると推定した。

このような検討を通して、私は長期入院者の地域移行を促進し地域生活を確保するためには2つの課題実現が最も重要であると考えています。

1つは、図9に示すような24時間ケア付きの生活支援施設を整備することである。日中活動と生活の場を一体的に提供するものであり、Old-Long Stay群に限らずわずかながらも否定できないNew-Long Stay群やグループホームなどでの自立生活が困難となった障害者の受け皿でもある。介護保険適用施設は、65歳を超えたからといって年齢で機械的に当てはめることは止め、真に介護サービスが中心的に必要な状態の場合に利用すべきである。また、自立支援法のサービス体系はどちらかと言えば就労系サービスに重点が置

かれ、「安心・安住の場」であった病院に代わる居住サービスの確保が疎かにされている。精神障害者が地域で様々な支援を受けながら安寧に生活を送れるためのセーフティネットとしての生活支援施設は不可欠である。

もう1つは、精神障害者の地域への移行とその後の生活を支援するためには、病院スタッフと連携して退院を支援するプロセスにも積極的にかかわるとともに、退院者のアウトリーチ型の訪問相談支援、さらには医療と福祉に係る総合的なケアマネジメントの体制を整備することが必要である。そのためには、図10に示すように、精神障害者の看護やケアに一定期間以上かかわった実務経験のある専門職がキーパーソンとして配置された「地域生活支援室」の設置が必要である。医療保険と自立支援法（あるいは福祉財源）の双方で財源的に支える仕組みを検討することが、今後の課題として重要であると考えている。

～F0を除く 10,916人～

平成18年日精協政策委員会調査

Ⅰ型	2軸評価 (1群) 9.0%	(左の内) 合併症がB+C	(左の内) 生活自立度 (自立)	(左の内) 生活障害評価 ・1～6項目／1～2 ・7項目／1	地域移行 可能群の 割合	・グループホーム ・福祉ホーム ・賃貸住居 ・AP (1.5%)
	982人	554人	534人	162人	16.5%	
Ⅱ型	2軸評価 (2,3群) 19.8%	(左の内) 合併症がB+C	(左の内) 生活自立度 (自立・移動介護)	(左の内) 生活障害評価 ・5～6項目／1～3 ・7項目／1～2	地域移行 可能群の 割合	・ケアホーム ・生活支援施設 ・障害者支援施設 (生活介護型) (8.1%)
	2,156人	1,257人	1,246人	887人	41.4%	
Ⅲ型	2軸評価 (4群) 8.4%	(左の内) 合併症がB+C	(左の内) 生活自立度 (自立・全介助)	(左の内) 生活障害評価 ・1～6項目／1～2 ・7項目／1～2	地域移行 可能群の 割合	・障害者支援施設 (生活介護型) ・精神科版老健 ・精神科版介護福祉施設 (3.7%)
	921人	484人	484人	409人	44.4%	

original

1年以上の継続入院者10,916人の内、1,458人(13.4%)の「受け皿」が必要

図8 退院可能性と状態像に応じた「生活の場」の検討

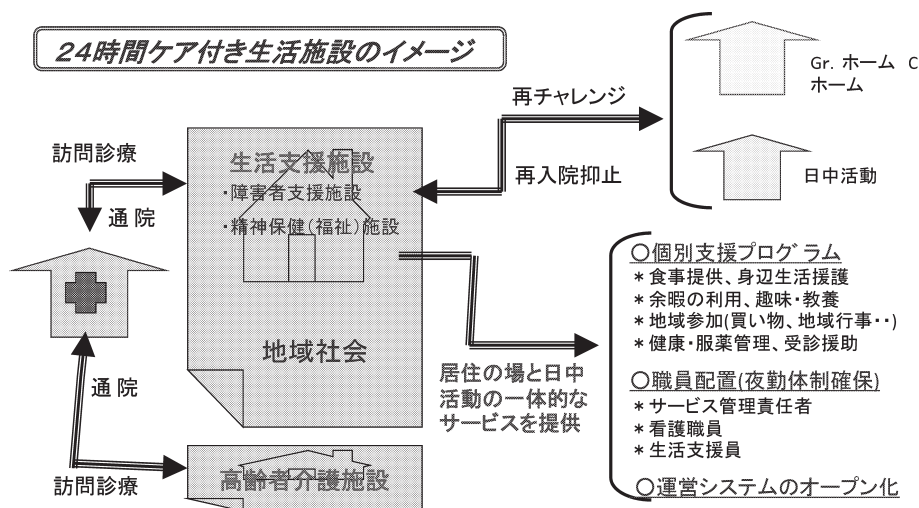


図9 「安心・安住の場」を病院から地域へ

5. 最後に（地域移行を進めるための原則について）

最近、「精神病床数を半減に…」とかそのために「医療法上の人員基準を一般病床なみに改定…」などの乱暴な声が散見される。歴史的に刻ま

れてきた長期入院化の抜本的な解決のためには、限られた精神科専門職数の中では「必ずしも入院による治療を要しない」患者の状態像を明らかにし、その適正な処遇のあり方を政策的に明確化することが前提である。その上で彼らが地域で意欲

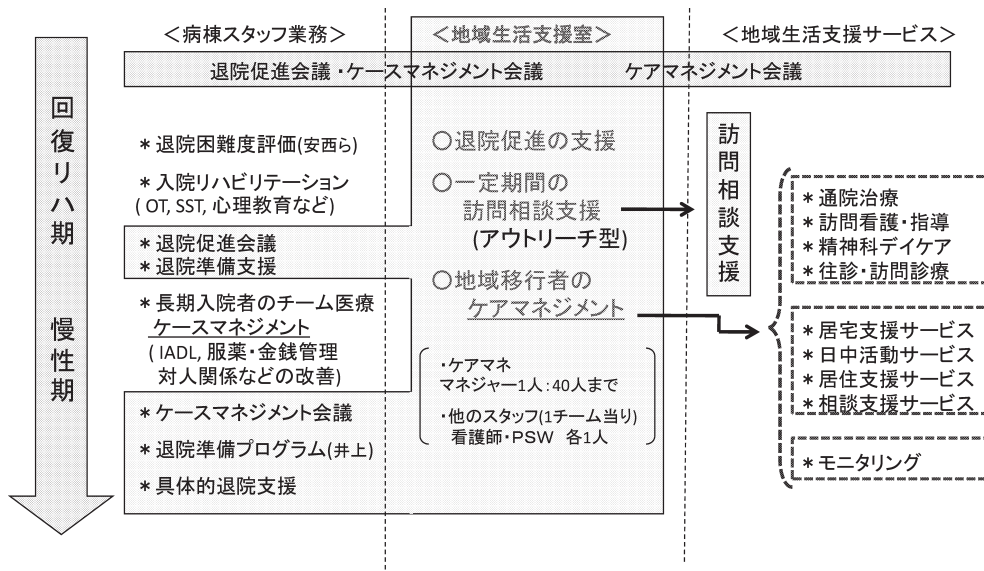


図10 医療・福祉に係る総合的なケアマネジメント体制の整備

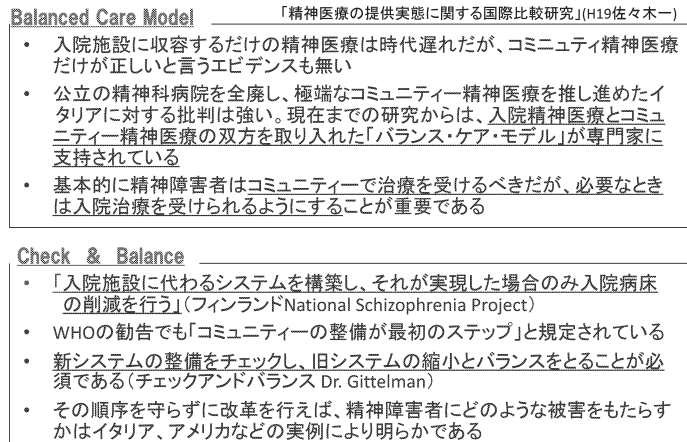


図11 病院から地域移行を進めるための原則

的で安寧に生活できるためのハード・ソフトの基盤整備とそれに必要な財源を確保することが、国の責務として担保されることが不可欠である。

「精神医療の提供実態に関する国際比較研究」

で佐々木一先生が、地域移行を進めるための原則について述べているので、それを図11に紹介して本稿を終えたい。