

「地域医療体制のあり方について ～医療の質の向上にむけて～」

福岡県精神障害者連絡会事務局長 山梨宗治

・最初に

この件についての検討会で意見書として、提案として出していますが再度提案します。

- 1.ここに御出席の先生方の多くは患者にとってはサービス提供者とも考えられます。今までの論議、展開は、サービス受けてである私には、医学の主体のサービス提供主体の内容に感じられる内容でした。各先生に精神医療ユーザーの立場にたった所見を合わせての討議展開を再度お願いいたします。
- 2.少なくとも、このように会を重ねた検討会の経緯を考えれば、医療の質を含め、三検討の合同検討会、もしくは小委員会（サービス提供者とそのユーザー等価関係と思える内容の中）の提案を再度提案します。

I 私の見解は、山本構成員の前回の発表と基本的には変わりません。

・なおつけ加えるのなら「精神保健福祉の課題について、具体的解決案は具体性など現実的な共通の認識として同感いたします。また、今回の検討会中の精神科医療ユーザーとしても、うなずけます。」

II 課題解決の具体的提案に、関して

山本構成員前回配布資料 7ページ ⑦について

私が以下のような内容を含み、第1、2回検討会で意見書として、検討会と厚生労働省に提出しましたこと思い出していただきお聞きください。

①精神医療審査会について

第一回の検討会での事務局よりの参考資料から

3) 適切な精神医療の確保 (1) 精神医療における人権の確保

<方向> ・引き続き、精神医療審査会の機能との充実と適正化等を図る。とあります。

入院しているものにとって唯一の入院の不服や、処遇改善を申し出られ機関となっているのが、精神医療審査会です。しかし、病棟には「精神保健福祉センターの連絡先」が貼ってあり、そのほとんど知られていません。精神病床にいる患者にとってはその体制も問題点ですが、訴えてもまともに審議されない現精神医療審査会の機能の未成熟さが主な問題点かと思われます。

■ その根拠は資料Aをご覧ください。

査年(度)：平成13年度 調査名：衛生行政報告例 調査時点：平成13年第04表
精神医療審査会の審査件数、定期の報告等・退院等の請求・都道府県一指定都市(別掲)
別

福岡県の退院請求の61件との数多さに注目ください。入院不适当審査結果の26件は二位の東京の7件と大きく差があり全国一位です。その理由のひとつとして福岡県には福岡県弁護士会が93年に全国に先駆けスタートさせた精神障害者の当番弁護士制度

があります。そこでは精神医療審査会と別に「精神障害者」の退院請求などの相談に無料で応じています。実は福岡県弁護士会と私たち福岡県精神障害者連絡会は、このところ定期的に交流会をしています。そのなかの弁護士は、精神障害者とほぼ同じと視点をもっている弁護士が多いことを知りました。ですから、精神医療審査会の一人としても偏りも少なく審議が進んでいます。

また、下記では研究では
平成13年度 厚生科学研究

「人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究」

- ・合議体数の不足（迅速な審査が行われていない）
- ・委員構成が医療委員に偏り、公平性に問題がある。
- ・退院請求・処遇改善請求の低さと地域格差がある。
- ・任意入院患者に対する人権擁護機能が不十分。

としています。

このままでは精神病床の地域医療体制をつくれば、医学モデルにおける医療における人権擁護がますます難しくなる懸念があります。

■精神科医療ユーザーとしてこの制度の矛盾を定義すれば

- ・医療審査会の委員構成が医療委員に偏りとは構成員の内容は過半数以上精神科医であり、当初この医療審査会制度ができたころは、医療審査会委員構成はだれが構成委員かはわかっていました。現在、構成員の名前が精神科医療ユーザーにわかる県は数件です。
- ・精神科医療ユーザーの訴えなのに、誰が決めているか精神科医療ユーザー自身かわからない現状、こんなことは、一般的常識から考えてみれば、その訴えている精神科医療ユーザー自身が人間的に扱われていないとしか考えられません。すでにここで権利擁護がされていません。

★第二回検討会で意見書として提出したが再度「精神医療における精神科医療ユーザー人権擁護」を実現するため精神医療審査会の機能の充実と公平さ求めるため法的な改正を求めます。

「改正にともなう具体的提案」

精神医療審査会 精神障害当事者構成員委員養成研修の実施

基礎的な考え「精神医療審査会に精神病患者委員構成員を入れる」→精神医療審査会でもこの検討会のように委員構成員に入れる。（山本構成員もわたしも、その実例の一部です）

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令」の改正へ

- ・精神医療審査会にその利用者あたる精神障害当事者（精神病患者・精神科医療ユーザーなどを含め）を委員構成に最低1名入れること。

「導入の具体的提案」

- ・ 厚生労働省職員が精神医療審査会のある政令指定都市と県単位で精神障害当事者に養成研修を行い、精神医療審査会の構成員に必要な知識と情報をあたえる。そしての中から精神医療審査会の構成委員に採用する。

< 効 果 >

- ・ 養成研修を実施することにより、学んだ参加者が精神医療審査会に入ること、現在精神医療審査会の問題解決につながる。
- ・ 養成研修をうけ、採用されなかった参加者も、知識と情報をえることにより現在の不均等な医学モデルの地域で、セルフ・アドヴォケイト制ができる。また、構成委員採用された者も、受講した参加者のピアサポート体制（仲間による支援）が得やすい。
- ・ 研修の講師も厚生労働省職員がすることにより、実際の精神障害当事者のニーズを直に知ることもなる。
- ・ 開かれた精神医療に変わりやすく、精神障害当事者の権利擁護が可能になやすい。

②サービスの内容の違いがわかる情報が手に入らない。

- ・ 課題解決の具体的提案に、関して

山本構成員前回配布資料 7 ページ ④地域のつながり助成事業→「情報支援員」

< 効 果 >

「医療の質を向上させるには、「情報支援員」は不可欠。「情報支援員」は相互の情報交換員ともなり、精神医療審査会 精神障害当事者構成員 委員養成研修の実施により、第三者による監査機関にもなる」

資料Bをご覧ください。

○精神病院に対する指導監督等の徹底について

(平成一〇年三月三日)

(障精第一六号)

というものの一部を記載したものです。

■今現在もこのような指導もあり、病院の監査もありますが、実際の監査調査は、事前通達監査でもあり、私たち患者は入院中から、入院中も「監査の当日だけ監査に見合う事実をつくり、監査を受けている様子」を目の当たりにしています。

実施する県や市町村の適当さや、保健所のおざなり監査により精神病床での生活は依然として変わりません。

つい先日も、ある障害者の介護事業所の職員が精神病院を見学することを聞き、私も同行してみました。いつも、監査等の職員が歩くコース、(きれいな部分)を足早に歩き、おまけに、熱心な営業的な説明をうけるはめになりました。

■ 精神科医療ユーザーとしてこの問題を定義すれば

- ・ このまま検討会を含め、何らかのものが社会に施策されようとしても、今までの現状

では正しく機能させるのは難しい仕組みが地方と医療の中にはあります。

再度 資料Bより

○第五 任意入院者の開放処遇の制限について

一 基本的な考え方

任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう

1. 開放処遇の実態と地域差

入院形態別開放率（2000.6 精神保健福祉課調査）

	8時間以上 開放	閉鎖病棟で 個別開放	終日閉鎖
措置入院	3.5%	12.0%	84.5%
医療保護入院	14.7	16.5	68.8
任意入院	43.5	24.0	32.5
その他	66.6	10.0	23.2
計	34.2	21.4	44.4

■ 精神科医療ユーザーとしてこの統計を分析するとしたら

★この表から現実的を知っている精神医療ユーザーからいわせれば、8時間以上開放となつてと記載されていますが、実際入院すれば、外出する距離制限がかけられています。たとえば8時間外出はできても病院敷地内までとなっています。外出する距離をいくつかに分け、その範囲の中で治療を施工するという医学の仕組みです。よく言われるレベル制というものです。

このような内容が現実起きていて、もし統計にあがってしまうことが仮にあれば積み重ねられた過去からの大きな問題点です。また信頼性のある統計とは思えません。

★これらサービスの内容が手に入らない現状からおきた基礎を変えるには、「情報支援員」は相互の情報交換員ともなり、第三者機関による監査機関になることもできます。サービスの内容の違いがわかる情報・地域のつながり助成事業→「情報支援員」のもうひとつの役割は精神病院での閉ざされた情報公開にあるのではないのでしょうか？

さらに、情報支援員に、精神医療審査会 精神障害当事者構成員委員養成研修を受けたものが加われば、基礎がしっかりした第三者による監査機関にもなれます。

「本質解決の提案」

- ・ しかし、これだけでは地域医療体制と考えるのなら本質的な解決に繋がりません。

前回検討会で参考人 竹島先生の「現在の病床算定式の問題点と見直しの方向性について」の説明にある資料5の10ページに有る都道府県の人口推移と病床数に関する検討の(仮説)「人口万対精神病床の多い都道府県で、精神病床が増加してきた背景には、人口減少と地域社会の弱体化・崩壊が関与している可能性がある。」を私が住む福岡県内または九州圏で考えると、炭鉱の歴史や閉山になった、今に重ねてみると(仮説)は、本質の問題をあらわします。

九州圏内は、全国でも人口万対に精神病床が一番と言っているほど多いエリアです。そして炭鉱事業の景気に関わった地域は、人口割合に対する精神病床も多く、その仮説を肯定しているようです。福岡県単位で考えても筑豊地区は、トップクラスの人口万対精神病床の多いところですが、炭鉱景気で人口増加、閉山にともなって産業の衰退により、人口は減少しました。炭鉱産業の地域の崩壊は、現在の不況のように人の心も崩壊し、また、必要に応じその産業の発達として精神病院の病床が増加していったともいえます。現在も若い人たちは仕事を求め、地の地域へ出ていくので、人口減少を起しています。現実的に筑豊地区はその仮説に当てはまります。

炭鉱産業の社会の崩壊は、過疎化より進めて入院者は増えました。しいていえば、これらの話は私が筑豊の精神病院に入院しているときに長期入院をしている年寄りに人生の体験談として何度か聞かされたことでもあります。

竹島先生の仮説を身近な問題として置き換えれば、日本の精神病床が増加してきた背景には、日本という国の社会構造の弱体化・崩壊(経済の崩壊・不況)が関与している。そして人口減少(少子高齢化にたとえられる)と言えられます。

日本という地域単位で考えたら、現在の精神病床等に関する検討会が算定式を出し、厚生労働省内の各種検討会や部会が対策立て厚生労働省が法案を作ることはとても無理があります。各省庁がともに精神病床等のもしくは、精神病の問題を各立場から解決に当たらなかつたら、本質の解決に向かわないということです。精神病床の問題は日本の社会構造の問題として考え捉え、新たな政策の展開を望まなかつたら10ヵ年計画を厚生労働省が立てても、一時的な応急手当にしかならないとも言えます。根本的な解決に向けるには、再度、各省庁が時間をかけ、この問題を解決の可能性を考え、連携を取れる部会なりを編成し解決を望むことです。

現実はこの検討会先がこのままたどり着く先の精神病床の削減の姿は、精神病院が看板を変え、介護と言う姿でしか私には見えません。それは、結果

的には介護保険の支払い負担の年齢を今以上に早くすることに繋がります。このところ行改革が続き、仕事も満足にない社会構成、賃金はカットの繰り返しが何度か続いています。この時代のながれの中、さらに介護保険の負担金を速めることは、実質的には経済的な不安感を促し、さらに精神障害者は、容器や、名称がかわって増え続けていくでしょう。

③医療保護入院に見つける、

社会的入院者が暮らす住居づくりの具体的提案

地域で生活不動産賃貸契約の公的保証人制度を策定とその保証人に市町村長がなる提案

★ 医療保護入院では、保護義務者がいなければ、その保証人に市町村長がなることが法で
うたわれ、ごく当たり前に行われています

・医療保護などの入院契約において、適当な保証人がいない場合は、その病院の所在する市町村長が保証人になっています。退院し、住居の保証人になることは、同保証人の責務であり、責任といえます。また、地域に受け皿の施設づくりをするより費用も時間もかからず、現行の障害者生活支援センターも役割が果たせ、他の障害者のような社会福祉制度づくりに結びつきます。住居が保障される生活型モデルは地域生活中心型に近いパッチ型であり、訪問看護、デイケア、社会復帰訓練施設などホーム、インホームにかかわらず、社会資源が障害当事者から使いやすいのです。

2004.2/17

資料A

調査年(度): 平成13年度 調査名: 衛生行政報告例 調査時点: 平成13年度

第04表 精神医療審査会の審査件数, 定期の報告等・退院等の請求・都道府県一指定都市(別掲)別

	審査件数	退院の請求			処遇改善の請求			
		審査結果件数			審査中	審査結果件数		
		入院又は 処遇は適当	入院又は処 遇は不適當	審査中		入院又は 処遇は適当	入院又は処 遇は不適當	審査中
全 国	1,423	1,310	83	28	100	90	5	2
01 北海道	17	17	1	1	1	1	-	-
02 青森	13	13	-	-	-	-	-	-
03 岩手	16	16	-	-	1	1	-	-
04 宮城	14	13	1	-	-	-	-	-
05 秋田	16	16	-	-	-	-	-	-
06 山形	10	9	-	1	1	1	-	-
07 福島	19	21	1	1	1	1	-	-
08 茨城	6	6	-	-	-	-	-	-
09 栃木	15	14	-	1	1	1	-	-
10 群馬	8	8	-	-	-	-	-	-
11 埼玉	18	18	-	-	1	1	-	-
12 千葉	29	28	1	-	-	-	-	-
13 東京	80	73	7	-	2	2	-	-
14 神奈川	26	26	-	-	-	-	-	-
15 新潟	43	40	3	-	5	5	-	-
16 富山	5	5	-	-	-	-	-	-
17 石川	15	15	-	-	-	-	-	-
18 福井	7	7	-	-	-	-	-	-
19 山梨	12	11	1	-	-	-	-	-
20 長野	5	5	-	-	1	1	-	-
21 岐阜	15	14	1	-	1	1	-	-
22 静岡	33	28	-	5	1	1	-	-
23 愛知	23	20	3	-	-	-	-	-
24 三重	16	16	-	-	1	1	-	-
25 滋賀	20	19	1	-	4	3	1	-
26 京都	28	25	3	-	3	3	-	-
27 大阪	123	118	3	8	21	19	1	1
28 兵庫	27	26	1	-	5	5	-	-
29 奈良	8	8	-	-	4	4	-	-
30 和歌山	9	9	-	-	-	-	-	-
31 鳥取	14	13	1	-	2	2	-	-
32 島根	38	37	1	-	8	8	-	-
33 岡山	66	65	-	1	4	4	-	-
34 広島	18	16	2	-	3	3	-	-
35 山口	17	17	-	-	-	-	-	-
36 徳島	8	8	-	-	-	-	-	-
37 香川	33	29	4	-	4	2	2	-
38 愛媛	15	14	-	1	-	-	-	-
39 高知	12	11	1	-	-	-	-	-
40 福岡	87	61	26	-	1	1	-	-
41 佐賀	44	45	2	1	3	2	-	1
42 長崎	32	30	2	-	1	1	-	-
43 熊本	32	31	1	-	4	4	-	-
44 大分	5	4	1	-	-	-	-	-
45 宮崎	9	6	2	1	1	1	-	-
46 鹿児島	29	29	-	-	4	3	1	-
47 沖縄	21	16	5	-	-	-	-	-
指定都市(別掲)								
51 札幌市	13	11	-	2	1	-	-	-
52 仙台市	14	14	-	-	-	-	-	-
53 千葉市	7	9	-	-	-	-	-	-
54 横浜市	38	37	1	-	3	3	-	-
55 川崎市	6	6	-	-	-	-	-	-
56 名古屋市	19	21	1	2	1	1	-	-
57 京都市	58	55	3	-	-	-	-	-
58 大阪市	17	15	2	-	1	1	-	-
59 神戸市	10	10	-	-	2	2	-	-
60 広島市	33	20	-	-	3	1	-	-
61 北九州市	21	16	-	-	-	-	-	-
62 福岡市	31	20	1	3	-	-	-	-

資料 B

○精神病院に対する指導監督等の徹底について

(平成一〇年三月三日)

(障精第一六号)

(各都道府県・各指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知)

(9) 任意入院について

- ア 任意入院患者は、入院の同意を行っているか。
- イ 病院管理者は、入院に際し、任意入院患者に対して基本的に開放的な環境で処遇(以下「開放処遇」という。)されること及び退院の請求に関すること等について書面で知らせ、自ら入院する旨を記載した書面を受けているか。
- ウ 任意入院患者を患者の医療及び保護の必要性なしに入院直後から、保護室に隔離しているようなことはないか。
- エ 任意入院患者が退院請求をした場合に、医師による診察に基づき適切に対処しているか。また、七十二時間以内の退院制限を行った場合、精神保健指定医の診察に基づき、診療録の記載を行っているか。
- オ 医療保護入院に切り替えを行った場合は、切り替えの診察は適切か。病状の悪化がないにもかかわらず家族の要望等によって医療保護入院に切り替えを行っているようなことはないか。
- カ 任意入院患者の開放処遇を制限する場合には、患者本人の医療及び保護を図る観点から、患者の症状からみて開放処遇を制限しなければ治療が確保できないと判断される場合に限って行われているか。
- キ 開放処遇の制限を制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われていないか。
- ク 開放処遇の制限が漫然と継続されることがないように処遇状況及び処遇方針について病院内での周知に努めているか。
- ケ 開放処遇の制限を行うに当たっては、医師は当該患者に対してその制限を行う理由を文書で知らせ理解を得るとともに、その制限を行った旨及びその理由並びにその制限を行った日時を診療録に記載しているか。
- コ 開放処遇の制限を行う場合には、医師の判断に基づくものか。
また、おおむね七十二時間以内に精神保健指定医による診察を行っているか。
さらに、精神保健指定医は、必要に応じて積極的に診察を行うように努めているか。
- サ 本人の意思によって開放処遇が制限される環境に入院する場合においても、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得ているか。
また、書面を得た後でも、本人の求めに応じていつでも開放処遇にしているか。
- シ 病院管理者は、当該患者がその制限について不服がある場合には、精神医療審査会等に処遇改善請求を行うことができる旨を院内の適切な場所に掲示しているか。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令

(昭和二十五年五月二十三日)

(政令第百五十五号)

精神衛生法施行令をここに公布する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令

(昭六三政八九・平七政二七八・改称)

第二条 精神医療審査会(以下「審査会」という。)に会長を置き、委員の互選によつてこれを定める。

- 2 会長は、会務を総理する。
- 3 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから互選された者が、その職務を行う。
- 4 審査会は、会長が招集する。
- 5 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決することができない。
- 6 審査会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 7 審査の案件を取り扱う合議体に長を置き、合議体を構成する委員の互選によつてこれを定める。
- 8 合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ一人出席しなければ、議事を開き、議決することができない。
- 9 合議体の議事は、出席した委員の過半数で決する。
- 10 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会が定める。

(昭六三政八九・追加、平七政二七八・旧第二条の二繰上)

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(昭和二十五年五月一日)

(法律第二百二十三号)

第七回通常国会

第三次吉田内閣

精神衛生法をここに公布する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(昭六二法九八・平七法九四・改称)

(退院等の請求による審査)

第三十八条の五 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たっては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見を聴かななければならない。ただし、精神医療審査会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めるときは、この限りでない。

4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第二項の審査をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5 都道府県知事は、第二項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でない認められた者を退院させ、又は当該精神病院の管理者に対しその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。

6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

(昭六二法九八・追加、平一一法六五・一部改正)

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

(昭和六十三年四月八日)

(厚生省告示第百三十号)

精神保健法(昭和二十五年法律第百二十三号)第三十七条第一項の規定に基づき、厚生大臣が定める処遇の基準を次のように定め、昭和六十三年七月一日から適用する。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

(平一二厚告九七・題名追加、平一二厚告五三八・改称)

第一 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第五 任意入院者の開放処遇の制限について

一 基本的な考え方

- (一) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇(本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。)を受けるものとする。