

第12回世界精神医学会横浜大会

精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の变革」

シンポジウム II (日本における患者の人権と精神医療)

2. 日本における精神病院(病床)に係る人員配置基準の差別

末安 民生 (社団法人日本精神科看護技術協会, 慶応大学医療看護学部)

はじめに

これから私が報告することは、遠い昔に過ぎ去った精神医療の悲惨な歴史ではなく、21世紀を迎えた現在も継続され、政府によって正当化されている、政府による精神障害者に対する差別的な、誤った医療政策についてである。

具体的には、長年にわたって精神病床の人員配置基準を一般病床のそれより下回ってよいとする特例が医療法に規定され、2000年の第4次医療法改正によって特例規定そのものはなくなったものの、依然として一般病床との格差を容認した、いわば特例規定を合法化した新たな基準が定められた、このような日本の政府による医療における精神障害者差別の経過について報告するが、このWPA横浜大会を契機に、我が国の医療における精神障害者に対する差別を早急に解消する方向に向かうことを、会場の皆様と一緒に確認できれば幸いである。

医療法改正の経過

さて我が国には、医療分野を規制する法律として、医療法、感染症予防医療法、精神保健福祉法、医師法、歯科医師法、保助看法、老人保健法、薬事法、健康保険法、等々、多くの法律がある。

とりわけ医療法は、医療提供体制の確保を図り、国民の健康の保持に寄与することを目的として、病院や診療所の開設及び管理、並びに施設整備に係る事項、医療計画その他について規定するとともに、インフォームド・コンセントなどの医療理念をも謳った医療に係る基本法とでもいうべき性

格をも有している。

これまで、医療法は数次にわたる改正を繰り返している。戦後間もない、感染症中心の急性疾患が中心の時代に、医療機関の量的整備が急務とされるなか、1948(昭和23)年に医療法が制定され、1985(昭和60)年の第1次医療法改正により、医療施設の量的整備よりも医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携の推進が求められるなか、都道府県医療計画の制度化が図られた。しかし皮肉にも、この政策は制度施行前の駆け込み増床を招き、政策意図とは逆の効果をもたらしてしまった。1992(平成4)年の第2次医療法改正は、高齢化、疾病構造の変化、医療技術の進歩等に対応し、医療施設機能の体系化(「特定機能病院」「療養型病床群」の制度化)などが図られ、1997(平成9)年の第3次医療法改正では、要介護者の増大に対応して、「療養型病床群」の診療所設置、「地域医療支援病院」の制度化などが図られた。

そして、2000年12月の第4次医療法改正では、医療計画の見直し、広告規制の緩和、医師・歯科医師の臨床研修の必修化、そして入院医療提供体制の整備が図られたのである。具体的には、病床の種別を、精神病床、感染症病床、結核病床及びその他の病床と区分されていたものを、改正後は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床及び一般病床として、それぞれの病床種別ごとに人員配置及び構造設備基準を定めることとなったのである。

医療における精神障害者差別

さて、長年の懸案であった差別的な医療スタッフの人員配置基準について、これから報告することとしたい。

改正前の医療法第21条は、病院が医師、歯科医師、看護師その他の従業者を有することを規定しているだけで、具体的な人員、設備については厚生省令に委ねている。厚生省令である医療法施行規則第19条は、入院患者に対する員数の標準を、医師の場合は概略「患者の数が16又はその端数を増すごとに1を加えた数」、看護師及び准看護師については概略「患者の数が4又はその端数を増すごとに1」と定めている。そして第4次医療法改正を契機に、看護職員については入院患者4人に1人が、入院患者3人に1人となった。このとき医師等の配置基準の見直しは行われていない。

一方、精神病床や結核病床などは人員配置基準について医療法の基準を下回っても構わないとする特例規定が医療法に規定されていた。

具体的には、医療法第21条のただし書きである。「ただし、政令の定めるところにより、都道府県知事の許可を受けたときは、この限りでない」とある。そして医療法施行令第4条の7には、「主として精神病、結核その他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病室を有する病院は、厚生省令で定める従業者の標準によらないことができる」とされ、厚生省事務次官通知（1958（昭和33）年10月2日厚生省発医132号各都道府県知事宛）において、入院患者に対しては、医師は概略「患者の数を精神病にあつては3をもって除いた数が16又はその端数を増すごとに1」、看護師及び准看護師は概略「患者の数が6又はその端数を増すごとに1」、即ち、医師については一般病床の1/3、看護師・准看護師については2/3、と規定されているのである。

このような特例規定が設けられた背景として、当時スタッフの確保が困難だったことや疾病が慢性的に経過することがその理由としてあげられ、そして特例基準の根拠として、当時の国立医療機

関の看護職員配置の実情に照らし合わせて基準が決まったという経緯もあるが、では、なぜ特例規定が40年以上にわたり継続され、今回もまた実質的に一部の手直ししかされずに一般病床との格差が残されてしまったのか。

敗戦後の日本は、病院、病床数も不足していたが、1950年以降、医療法人の優遇税制や医療機関への低利融資などの民間医療機関に対する支援策が打ち出され、精神病床でいえば1960年に7万床であったものが、1964年のライシャワー事件を経て1970年には20万床に急増している。こうした民間精神病院の増加に医師や看護職員の養成・確保が追いつかなかつたこともその理由となろう。しかしその根底には、精神障害者に対する隔離収容政策をこれまで一貫して政府が進めてきたことを見逃すことはできないのである。

厚生省の審議会での取り組み

さて、第4次医療法改正の内容は、当時の厚生省医療審議会で審議が行われてきたが、精神病床の人員配置基準及び構造設備基準については、公衆衛生審議会の精神保健福祉部会で審議された。

私も、実質的に人員配置基準等を審議した「精神病床の設備構造等の基準に関する専門委員会」の委員の一人として、精神病床の特例規定を廃止して、一般病床と同等の基準に引き上げることを求めてきたが、残念ながらほぼ現状を追認する結果となってしまった。その原因は、精神科の診療報酬が極めて低く抑制されていること、それは一般病床と比べて低い人員配置基準と表裏の関係にあるのだが、医療機関経営に危機感をもった経営側と医療費の伸びを抑制したい厚生省との利害が一致したためではないかと考えている。それは精神障害者の存在を医療機関経営や医療経済のなかだけでとらえ、社会の構成員としての権利を蔑ろにし、人間としての尊厳を傷つける、誤った認識からである。

私たちは我が国の精神病床数33.5万床がOECD諸国と比べてあまりにも過剰になっている現状から、精神病床の機能分化を進め、精神病

床数を削減することにより一般病床と同等の人員配置が可能であること、そしてその分、診療報酬を引き上げたとしてもトータルの医療費は変わらないことを主張した。そして、具体的な提案として、①急性期治療病棟、②措置入院、応急入院、精神保健福祉法 34 条移送による医療保護入院の患者が入院する病棟、③児童・思春期専門病棟、④覚醒剤等の薬物依存患者のための専門病棟、⑤一般病院精神科病棟（旧医療法上の総合病院精神科）については、医師は入院患者 16 人に対して 1 人、看護師は 2 人に対して 1 人が必要であり、またそれ以外の精神病床においても看護師の配置基準は入院患者 3 人に 1 人とすることが必要であると主張した。

併せて、チーム医療の観点から、精神保健福祉士、作業療法士、等の配置についても検討する必要があること、さらに精神障害者の社会参加を進めるために、外来医療の充実も大切であり、医師数や看護師数算定基準は内科などの他診療科と同等にすべきであることも提案したのである。

結果として、大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する 100 床以上の病院については、医師は入院患者 16 人に 1 人、看護師は 3 人に 1 人となったが、それ以外の一般精神病院では、医師は、入院患者 48 人に 1 人、看護師は 4 人に 1 人という現状を追認する結果となったのである。さらにあろうことか、経過措置期間、これは 5 年だが、その経過措置期間以降も当分の間、看護は入院患者 5 人に 1 人とすることができるというオチまでついてしまった。

おわりに

審議会の場で一緒に奮闘した仲間である金子晃一先生も、本日この会場にお見えになっているが、

金子先生の持論、精神科医療においては「人手こそが治療の道具」である。精神科医療における隔離や拘束を最小限のものとして、早期に入院医療から外来医療に切り換えていくためには、医師や看護師等を十分配置する必要がある。

また身体合併症医療に対するアクセスの悪さも、日本の精神医療の課題であるが、国連決議（1991 年）「精神障害者の保護および精神保健ケアの改善のための原則」の 8（ケアの基準）は「すべての患者は、自らの健康上の適した医療的・社会的ケアを受ける権利を持ち、また、他の疾病を持つ者と同一の基準に則してケアおよび治療を受ける権利を持つ」、さらに国連原則 7（地域と文化の役割）の「すべての患者は、できる限り、自らの居住する地域で治療を受け、ケアされる権利を持つ」という当たり前のことがいまだ日本では実現できていないのである。

現在、厚生労働省の社会保障審議会障害者部会精神障害分会で「精神保健福祉総合計画」（仮称）を検討しているが、そのなかで 7.2 万人の社会的入院をいかに解消するのが検討されている。しかし、十分な医療スタッフを配置せずにいたずらに病床を増やしてきた政府の誤った政策をここで転換し、施設から在宅へと施策の基本方向を転換すべきである。そして精神障害者が人としての尊厳を尊重され、地域で当たり前暮らすことが出来る、そのような社会をめざしていく、そうした理念をかかげて、我が国の精神保健福祉ビジョンを明確に打ち出すべきである。

残念ながら、21 世紀を迎えた現在に至っても、我が国には、精神保健福祉の理念もビジョンもない、ということを最後に強調して、私の報告を終わりたい。

（朝日俊弘参議院議員 政策秘書 小川忍氏の協力による）