



このミニコミ誌はボランティアグループ「クレリエール」が発行しています。

CLAIRIÈRE

2012年 8月号
No. 614
毎月発行 2000部
発行元/クレリエール★
連絡先★代表者宅FAX:0463-81-5385
郵送先:〒257-0054 秦野市緑町16-3
秦野市保健福祉センター内 秦野市社会福祉協議会
はだのボランティアセンター・クレリエール

介護精神型老人保健施設 (介護精神型老健)の問題点



海上寮診療所 上野秀樹 (精神科医)

1. はじめに 介護精神型老人保健施設とは

平成 24 年 2 月に、日本で精神医療福祉サービスを提供する最大の団体である日本精神科病院協会（以下、日精協。日精協には、平成 23 年 12 月時点で 1214 の民間精神科病院が加盟）が「我々の描く精神医療の将来ビジョン」（案）を発表し、会員病院に限定したパブリックコメントを求めた後、6 月に最終版を公表しました。その中で新たな高齢者介護施設類型として、介護精神型老人保健施設（以下、介護精神型老健）の創設が提案されています。精神科に長期入院している患者のうち、主として介護的対応を必要としている入院患者（特に高齢者）を介護精神型老健に移行させることを想定しています。

これは、平成 20 年に療養病床削減のために創設された転換型老人保健施設をモデルにしたものです。平成 18 年に療養病床の再編として介護型療養病床の廃止が決定しましたが、その移行先として、従来の療養病床があった病棟をほぼそのまま老人保健施設に転用する介護療養型老人保健施設（転換老健）が新たに創設されたのです。介護精神型老健とは、この転換老健の精神病床版というわけです。

日精協では、将来的には需要が減じていき、消滅する方向にある施設となることから、既存病棟の転換（現在の療養病床の病棟転換による転換老健と同様の措置）で対処していくものとしています。

2. 介護精神型老健問題の背景

この介護精神型老健の背景には、日本の精神科医療の大きな問題点があります。日本の精神科医療の現状と歴史を知ることからはじめましょう。

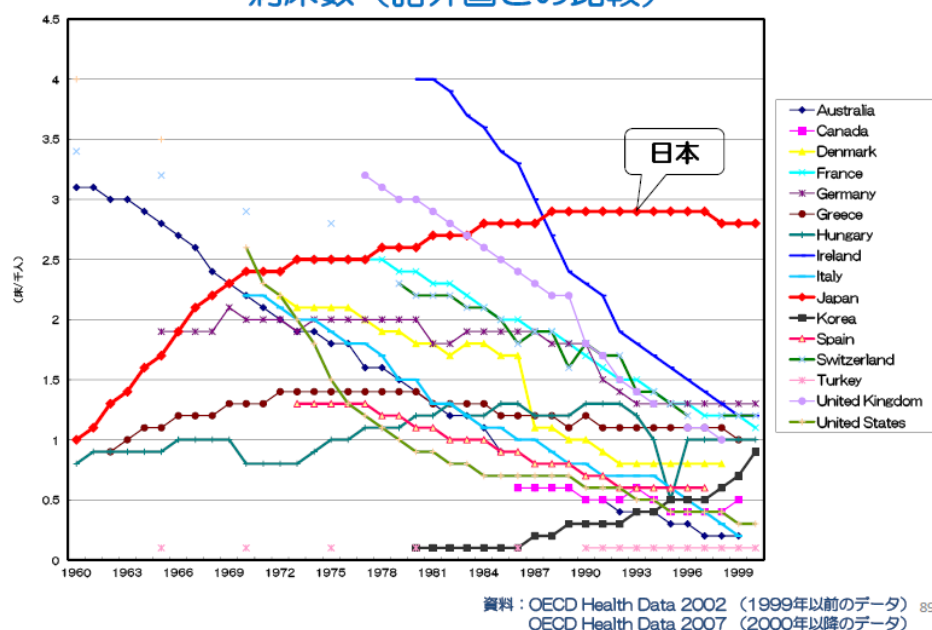
日本には病院のベッドが約 160 万床あり、そのうち 34 万 8 千床が精神科病床です。諸外国に比較してたくさんの精神科病床が存在しています。

人口 1 万人あたりの精神病床数							
日本	イギリス	フランス	イタリア	スウェーデン	アメリカ	カナダ	韓国
28	7	10	1	5	3	3	8

出典: OECD Health Data 2007
(アメリカ・カナダは 2004 年、その他の国は 2005 年のデータ)

次のグラフで明らかのように諸外国が病床数を減らし、精神障害者の地域生活支援に政策変更したあとも、日本では精神科病床数の増加が続きま

病床数 (諸外国との比較)



日本の精神進化医療の歴史をみてみましょう。

精神疾患は決して現代の疾患ではなく、古くから精神障害者の方がいらっしゃいました。江戸時代までは、精神障害者の支援は寺社の支援事業として行われてきました。我が国では、初の公立精神科病院として、明治 8 年に京都南禅寺の境内に京都癲狂院が設立されました。明治時代のはじめには、精神障害者に関する法的制度はなく、もっぱら各地方の裁量にゆだねられていました。相馬事件などをきっかけに明治 33 年、精神障害者の保護に関する最初の一般的法律「精神病者監護法」が制定されました。この法律の制定により、我が国で初めて精神障害者の処遇が法的に一律に規定されたのです。精神障害者に対しては、有効な治療法がほとんどなかった時代です。この法律では精神障害者を抱える家庭において、自宅の一室や物置小屋の一角に専用の部屋をつくり、精神障害者を監置し、それを行政（内務省-警察）が管理するという、諸外国には例のない私宅監置の制度が認められていました。明治 42 年の精神障害者の調査では、精神障害者数 2 万 5 千人、病床 2 千 5 百床、私宅監置約 3 千人という実態が示され、収容施設の整備拡充の必要性が明らかになりました。

大正 8 年には、精神病院法が制定されました。この法律では内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができるとされ、精神障害に対する公共の責任として公的精神病院を設置することとされました。しかし、その建設は予算不足のために遅々として進まなかったのです。

昭和 6 年の調査では、精神障害者数 7 万余人に対し、病院入院患者数 1 万 5 千人で、人口あたりの病床数は諸外国の 10 分の 1 と少なく、さらに 90 力所の精神科病院のうち、公立病院はわずかに 6 力所のみでした。病床数は昭和 15 年には約 2 万 5 千床に増えましたが、第 2 次世界大戦の戦火で病院の消失、閉鎖が相次ぎ、終戦時には約 4 千床まで減少しました。

昭和25年には精神衛生法が制定されました。このなかで、精神科病院の設置を都道府県に義務づけ、長期拘束を要する精神障害者は精神科病院に収容することとし、私宅監置制度はその後1年間で廃止されることとされました。

昭和28年には精神科病床は約3万床となり、ようやく戦前程度まで回復しました。昭和29年7月の全国精神障害者実態調査で、精神障害者の全国推定数130万人、うち要入院35万人であることが判明しました。同年、法改正により非営利法人の設置する精神病院の設置および運営に要する経費に対し、国庫補助の規定が設けられ、民間の精神科病床は急速に増加、いわゆる精神科病院ブームとなりました。病床数は、5年後の昭和35年には約8万5千床となりました。

昭和39年、戦後から現在に至る我が国の精神障害者施策に大きい影響を及ぼす事件がおこりました。いわゆるライシャワー駐日大使刺傷事件です。精神疾患を患う方が、その疾患故に在日米国大使を刃物で刺してしまいました。当時の新聞では「精神障害者を野放しにしている」と行政施策を強く批判する記事が掲載されました。これを契機に、厚生省は精神衛生法を改正し、精神科病床の整備・入院医療を中心とした施策化に大きく舵を切りました。このため、昭和40年には民間設立の病院を中心に精神科病床は17万床に増加したのです。

昭和43年、日本の精神科病床数の増加を止められたかもしれない出来事がありました。この年、日本政府からの依頼でWHOからクラーク博士が派遣され、日本の精神科医療の実態を調査したのです。その後、博士は調査に基づいた勧告書を提出し、精神科病院の長期入院患者が増加していることを指摘し、入院患者の増加を防ぐために地域福祉の充実とリハビリテーションを奨励すべきこと、精神科病院の改善や統制の必要性を指摘しました。既に世界では、少なくない先進諸国で精神障害者の脱施設化政策が実行に移されていました。日本でも、もしクラーク勧告を受け入れて政策を変更すれば、病床数の削減もそれほど必要のない、痛みを伴わない精神障害者の脱施設化政策が可能だったものと考えられます。しかし、当時の厚生省の課長がクラーク勧告に関する記者会見で「斜陽の英国から学ぶものは何もない」などと話すなど、この勧告は全く無視されてしまいました。これには、前述のとおりライシャワー事件の影響もあったようです。

クラーク勧告を無視した日本の精神科病床は民間病院を中心に増加を続け、昭和50年には28万床、平成4年に約36万2千床とピークに達し、現在は少し減少して34万8千床となっています。日本の精神科病床の特徴のひとつとして、民間病院の割合が約9割と高いことが指摘されています。

ここで精神科病院の医師当直のお話しをしましょう。

精神科病床のうち、急性期病棟は5%程度しかありません。ほとんどが慢性期の病棟です。慢性期病棟中心の民間精神科病院の夜間当直は内科、外科の若手医師のアルバイト先になっていることがあります。彼らが精神科病院ではじめて夜間当直をしたときに衝撃を受けることがいくつかあるそうです。そのひとつ目は、夜間全く何ごともなく当直が終わることがほとんどであること、もうひとつは、夜間回診をしたときに、「どうしてこの人が入院しているのかわからない」という印象の人がたくさんいることです。夜間全く何ごともなく終わる当直、精神科病院の当直は「寝当直」と呼ばれているんです。私も民間精神科病院の当直をたくさんしましたが、夜間に何か呼ばれることは滅多にありませんでした。また、精神障害の人では精神状態の善し悪しが一見してわからないこともありますが、多くの民間病院には医療よりも生活支援が必要な慢性期の患者さんがたくさん入院しているのは厳然たる事実です。

ここで、日本の精神科病床の患者動態をみてみましょう。

資料：精神・障害保健課より推計

精神病床における患者の動態の年次推移



精神科病院には年間約38万人の新規入院患者があり、ほぼ同数の退院患者がいます。3ヶ月以内に約22万人が退院し、その後の9ヶ月間で約11万人が退院していきます。1年以上継続して入院することになる新入院の患者は約4万7千人です。

すでにクラーク勧告でも精神病院の長期在院患者が増大していることが指摘されていました。40年経過した平成21年、1年以上入院患者数は20万7千人です。長期入院患者の高齢化が進み、現在入院治療中の65歳以上の高齢入院患者の割合は、48%をしめるに至っています。

3. もし介護精神型老健が創設されたら

ここでは、転換老健をモデルとした介護精神型老健が創設された場合、どうなるかを検討しましょう。

- 一般的な民間精神科病院をモデルに病床削減を考えてみます。

モデルとして180床の民間単科精神科病院を考えます。

4病棟全てが慢性期の病床で、うち2病棟90床が開放病棟で精神療養病棟入院料を算定。のこり2病棟は閉鎖病棟で、15:1の精神病棟入院基本料を算定している。平均在院日数は約300日。

交通不便などところにあることもあって、外来患者数は少なく、1日平均10名弱である。

この病院で退院促進、病床削減を行うこととなりました。

日本の多くの民間精神科病院では、収入の多くを入院料が占めており、入院患者数に比例して収入が決まっています。退院促進で入院患者数を減少させると入院患者数に比例して収入が減少していきませんが、病棟を維持するためのコストは一病棟を削減できるまでは同じだけかかります。現在のペースでは、1ヶ月に4-5人の退院が精一杯であったりします。すると一病棟45人が全て退院するまでの10ヶ月間は収入が減少するのに、同じコストがかかるので、途中で赤字経営に転落してしまう可能性が高いのです。

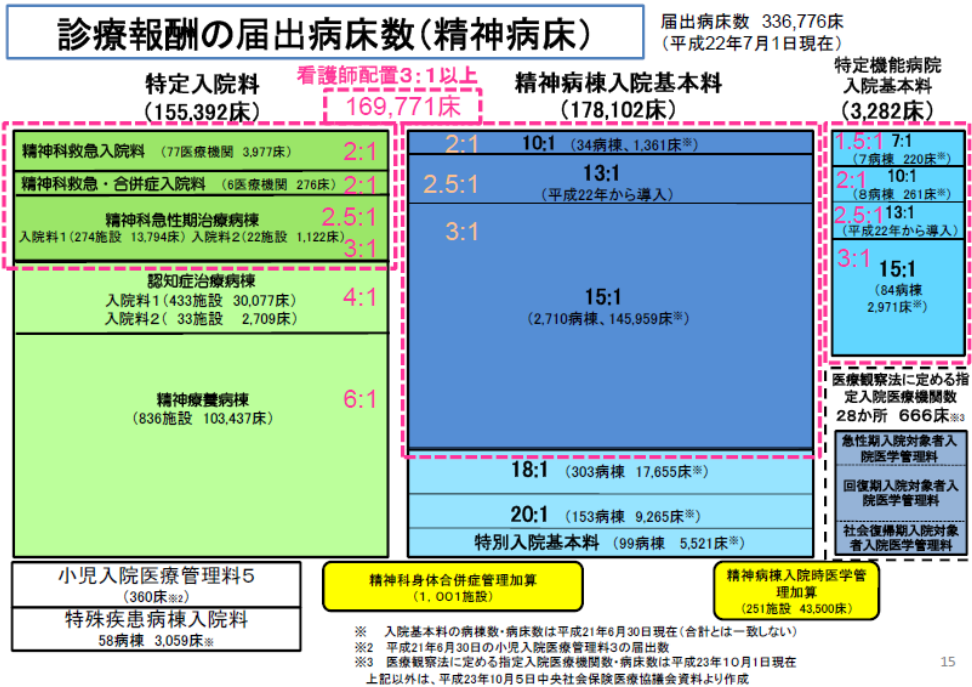
赤字に陥らない方法があるのでしょうか。まず考えつくのは、病棟ごとそのまま施設転換する方法ですね。

このように病床削減を迫られている民間精神科病院にとって、病棟ごとそのまま転換できる介護精神型老健の話はまさに渡りに船なのです。

経営的な面を考えてみましょう。日本の精神科病床では、精神療養病棟入院料を算定している病棟が最も経営効率がいいことが知られています。療養病床、転換老健、従来型老健、精神科療養病床と精神科一般病床(15:1)のひとりあたりあたり費用額を示します。(精神科療養病床と15:1精神科一般病床のデータは平成24年3月の当院のデータです。)

	医療療養病床	介護療養病床	転換老健	従来型老健	精神科療養病床	精神科一般病床(15:1)
平均的なひとりあたり費用額	約49万円	約41.6万円	約37.2万円	約31.9万円	約42万円	約35.8万円
人員配置(100床あたり)	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 18人 介護職員 18人	医師 1人 看護職員 10人 介護職員 24人	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人	医師 3人 看護職員 34人

医師の配置を減らしたことによる約2割の収入の減少を伴うこともあり、介護療養病床の転換老健への移行は、進んでいません。これに対して、介護精神型老健が認められた場合には、収入増を伴い人員配置上のメリットも大きいので、多くの精神病棟入院基本料(15:1)算定病棟が移行するのではないかと予想しています。平成22年7月の時点で精神病棟入院基本料(15:1)算定病床は14万5千床あまり存在しています。



この結果、精神科病床数は大きく減少することになるでしょう。

4. 介護精神型老健の問題点

これから、介護精神型老健の問題点を考えていきたいと思います。精神科医療の世界では、利用者不在の議論が行われる傾向がありますが、ここでは介護精神型老健の利用者として想定されている人々の立場に立って考えてみます。

日精協の将来ビジョンによると介護精神型老健の利用対象者は以下のような人々です。

●利用対象者

①主として精神科病院に現在入院中の高齢精神障害者(65歳以上)で、精神症状の程度が比較的に重度でなく(自傷他害行為や迷惑行為など共同生活上の問題点が少ない患者、意思の疎通性がある程度以上可能な患者)、しかし生活上の介護や支援が手厚く必要な方々。

すなわち、精神症状は比較的に安定しているが、IADL(手段的日常生活動作)やADL(生活実行機能)が低下してしまった方(介護保険認定で要介護1以上)。

②原則として、精神科病院に入院加療を行っている者を入所対象とする。

③算定日が属する月の前12ヶ月間における新規入所者のうち、「精神科病院」から入所した者の割合と、それ以外から入所した者の割合の差が0%以上であることを標準とすること。(0%は創設時に検討。ほぼ精神病床から移行。)

④精神疾患の治療についての必要度が減じ、他の高齢者施設等での療養あるいは地域生活が可能な状態となれば、すみやかに移行に努めるものとする。

●結局、利用者は以下の人々ということになります。

①精神科病院入院中の高齢精神障害者(精神症状の程度が比較的に重度でなく、しかし生活上の介護や支援が手厚く必要な方々)

②認知症で行動・心理症状のある人

5. 介護精神型老健の想定される利用者に本当に必要な支援とは

まず、精神科病院入院中の高齢精神障害者にとって本当に必要な支援とは何かを考えてみましょう。

介護精神型老健は、「65歳以上の高齢者で精神疾患の治療を継続して必要な重度の生活障害を有する要介護者であって、原則として精神科病院に入院加療を行っているものを入所対象とする」としています。日本の精神科医療の歴史でみたように多くの民間精神科病院には長期入院の患者さんがたくさん入院しています。精神障害者を社会から隔離して処遇するという誤った政策のために長期入院を余儀なくされた人々もいます。過ちに気づいた今からでも決して遅くはありません。脱施設化、地域移行をすすめるべきです。

確かに、現実的には入院患者の地域移行は実現の難しい問題になってしまっています。これは、統合失調症などの疾病特性によるというよりも、入院生活の継続による社会生活能力の低下、いわゆる施設化による方がより大きな原因です。長期入院の人の精神疾患の治療必要性、施設化の程度は様々であり、ひとりひとりにオーダーメイドの支援方法を検討する必要があります。それにもかかわらず、精神科病棟ごと介護精神型老健に転換して、これからも一律の施設処遇を行い続けるというのは、障害者の脱施設化、地域移行の動きに反し、あまりにも乱暴なやり方であると思います。個別のケースごとにその人にふさわしい支援を検討すべきです。

長期入院の人の精神疾患の治療の必要性、施設化による社会生活能力の低下の程度は様々で、脱施設化・地域移行に際して必要な支援も様々です。ひとりひとりに必要な支援を丁寧に検討し、支援していきましょう。精神科病棟をそのまま介護精神型老健に転換して、一律に施設での処遇を継続することは、いままでの誤った政策を形を変えて続けていくことです。過ちを繰り返すのは、ここで終わりにしませんか。

最近、日精協では介護精神型老健には、認知症で行動・心理症状がある高齢者を入所させないとしています。しかし、行動・心理症状がある認知症高齢者の精神科病院入院ニーズが高い現在、精神科医が常勤で勤務する介護精神型老健に、認知症で行動・心理症状がある高齢者が入所することは避けられないと思われま。

ここで認知症で行動・心理症状がある高齢者に必要な支援を考えてみましょう。

●認知症においては、

- ・もの忘れ、判断力の低下などの認知機能障害
- ・幻覚、妄想、いらいら、易怒性、暴言、暴力などの認知症の行動・心理症状(以下、行動・心理症状)

の2種類の症状が出現することが知られています。

認知症は、日常生活・社会生活に支障を来すようになった状態なので、その生活を支える必要があります。認知症の人の生活を支える際には上記の2種類の症状に対応した問題、認知機能障害に基づく問題と行動・心理症状に基づく問題が出てきます。

認知機能障害に基づく問題とは、例えば適切な買い物ができない、大切なものの管理ができない、調理ができない等の問題ですが、この問題に対しては、ケアマネがついて、介護保険サービスを適切に利用することで理論的には対応可能です。(介護保険制度の施行から10年以上が経過し、良質のケアが手軽に提供されるようになっていきます。)

これに対して、行動・心理症状に基づく問題に対しては、現場で対応に困ってしまうことがあります。多くの認知症の人の行動・心理症状は、周囲の環境に反応した混乱であったり、認知症の人の言葉にならないメッセージであったりするため、ケアや対応方法の工夫で改善します。それでも改善しない場合に、はじめて精神科医療の適応になるのですが、現状、適切な精神科医療を利用することが難しい場合が多いのです。

ここで、認知症で行動・心理症状があるケースを分類してみましょう。

- ①ケアや対応の工夫で改善するケース(約7割)
- ②精神科医療が必要なケース(約3割)
- ③精神科医療が必要で、かつ、治療上強制力が必要なケース(約2-3%)

●行動・心理症状がある認知症の人を、在宅でケアすることができなくなった場合、現在の制度上の対応はこうなっています。

- ① → (介護保険)施設への入所
- ②、③ → 精神科病院への入院

現在の(介護保険)施設は、適切な精神科医療の利用が難しいことが多いため、行動・心理症状のあるケースに対する対応能力が低いのです。このため、本来は(介護保険)施設で対応すべきケースが、精神科病院に入院せざるを得なくなっています。

ここで、精神科病院側の事情を考えてみましょう。日本では、諸外国に比較して多くの精神科病床が存在し(病院の全ベッド数160万床、うち精神科病床35万床)、その多くを長期入院中の統合失調症の人が利用しています。長期入院の人の高齢化による死亡で入院者数は減少する一方で、薬物療法を中心とした治療法の進歩により、新たに長期入院になってしまう統合失調症の人は減少しています。日本では精神科病床の約9割が民間病院のベッドで、その収入はほぼ入院患者数に比例しています。入院患者数の減少は民間精神科病院にとって死活問題なので、長期入院の人の高齢化による死亡で空いてしまったベッドを埋めるために、民間精神科病院では認知症の人の入院を考えているのです。

認知症に関しては、介護者の「施設で断られたので精神科病院に入院させたいというニーズ」と精神科病院の「入院患者を集めたいというニーズ」がびたりと一致してしまうのです。

しかし、残念ながら精神科病院の環境は、認知症の人の行動・心理症状の治療にふさわしいものではありません。

精神科病院の環境が、認知症の行動・心理症状の治療にふさわしければ問題はないのですが、医療に内在する問題点（管理的であること、生活上の制限が多いこと等々）、精神科医療に内在する問題点（入院する場合はほとんどの場合医療保護入院で、本人の意思は無視されること、パーソンセンタードケアを行にくいこと等々）のために、精神科病棟は認知症の人の行動・心理症状の治療にふさわしくないのです。

・医療に内在する問題点

病院環境は安全管理が優先で、治療のための生活上の制限が多いこと
→認知症の人は、周囲の環境に反応して行動・心理症状を生じることが多いので、病院環境ではかえって悪化する可能性があるのです。
また、これは社会的入院を避けるべき理由でもあります。

・精神科医療に内在する問題点

→精神保健福祉法で規定されている精神科強制入院制度自体の問題

認知症の人を精神科に入院させるに当たっては、ほぼ全例、医療保護入院の形をとります。措置入院の方もいますが、これは稀です。医療保護入院では、精神保健指定医 1 名の診断と保護者の同意に基づき、本人の意思とは無関係に入院させることができます。9 割以上のケースでご家族が保護者になるため、医療の内容は、保護者の要望に応じたものになり、本人の思いや希望が配慮されることはほとんどありません。そもそも強制的な入院医療においては、退院などの問題でご家族と本人の利害が事実上対立することも多く、保護者制度の問題点のひとつとなっています。

精神科の閉鎖病棟は、密室性が高いものです。また、人権侵害をされた場合の救済手段は、不十分です。病棟では、何かがあれば強制力を使ってでもこちらのルールに従ってもらいます。医師を中心とした医療者にはこの場を支配するきわめて強大な権限が与えられています。病棟は治療の場として設定されており、生活の場ではないために、日々社会生活能力が奪われてしまいます。

総じて、精神科医は当事者の立場に立って考えるという習慣がまだありません。自然にパターナリスティックな医療モデルで医療を行ってしまいます。平成 22 年 4 月から 5 月にかけて、東京都立松沢病院の岡崎院長を座長として、「こころの健康政策構想会議」が開かれました。

この会議の特徴は、構成員の 1 / 3 が当事者・家族であったことです。傍聴した精神科医療関係者からは、「目から鱗」の会議という評判でした。私も 1 回傍聴して、確かに「目から鱗」という思いがしました。考えてみるとあの会議では、当事者・家族の立場から必要とされる精神科医療の制度を検討していました。何のことはない、「目から鱗」などと言っていた精神科医療関係者は私も含めて、当事者・家族の立場から精神科医療のあり方を考えたことがなかっただけなのです。

老健は医師をトップとした医療モデルの施設であり、特に精神科病棟からそのまま転用した場合には、「精神科病院」から「介護精神型老健」という単なる看板の付け替えになってしまう恐れが大きいのです。入所者は原則として入院中の患者ということになっていますが、いったん作られてしまえば多くの認知症の人が入所することになることでしょう。「認知症の人の精神科入院の問題」が、今度は「認知症の人の介護精神型老健入所の問題」になるというわけです。

筆者プロフィール

私は平成 4 年に大学を卒業し、東京大学医学部附属病院の精神神経科に入室してから、20 年間精神科医としてがむしゅらに働いてきました。ここで、精神科医としての私を作り上げた経験を振り返ってみたいと思います。

■一つ目は精神科救急の経験です。

身体科救急と同じく、精神科救急でも一次救急（外来対応レベル）、二次救急（医療保護入院レベル）、三次救急（24 条警察官通報レベル）の分類があります。私が主に働いていた東京都では、都内を 4 つのブロックに分けて、夜間・休日の三次救急を都立 4 病院（松沢、墨東、豊島、府中）が担っています。人員配置が必要で手間がかかる、夜間・休日の 24 条通報ケースの対応と入院を公立病院が担い、翌日もしくは翌々日に民間精神科病院に後方転送し、その後の治療は民間精神科病院が担うという合理的なシステムです。都内の民間精神科病院に勤務していた私は、後方転送された 24 条通報ケースを 100 例以上治療する経験をする事ができました。その後、東京都の精神科医療の最後の砦とも

いうべき東京都立松沢病院に転職し、6 年間を過ごしました。精神保健指定医の資格をとってからは、当直は主に救急当直となり、約 150 例の緊急措置診察を行いました。東京都は措置件数が多いことで有名ですが、私も今までに、措置診察は 500 例以上行いました。都市部での精神科救急ケースに関して理解を深めることができた経験です。

■二つ目は司法精神医学の経験です。

松沢病院時代に、刑事鑑定を 5 件経験しました。2 件が地裁からの囑託ケースで、3 件が地検の起訴前鑑定でした。刑事鑑定では、特定のケースに関して、様々な観点から深く洞察することを学びました。その後、9 ヶ月間ですが東京管区内の A 級刑事施設の常勤の医務官となりました。施設の収容人員は 1100 名程度でしたが、本格的な精神科治療が必要な人が 1 割くらい収容されていました。ここでは、26 条通報の問題点を含め、矯正医療の問題点を身をもって知ることができました。

6. 最後に

介護精神型老健の問題は、私たちがとってきた精神科医療政策のあやまち（民間病院にたくさんの精神科病床をつくらせ、精神障害者を社会から隔離処遇してきたこと）をどのように解決するかという問題です。いくつかの解決策が考えられます。

①介護精神型老健という施設類型を認める

精神科病床では精神療養病棟入院料算定病棟がきわめて経営効率がよく、それに比べて精神一般病床はあまり経営効率が良くありません。「精神科病棟そのまま転換」の介護精神型老健が認められれば、多くの精神科一般病床が転換すると予想しています。見かけ上精神科病床数は激減し、諸外国との比較でも、問題ないレベルまで精神科病床数は削減されることでしょう。しかし、長期入院患者に対しては精神科病棟から介護精神型老健と名前が変わっただけの施設処遇が継続されることとなります。

この場合、「民間精神科病床をたくさんつくりすぎてしまった」という政策上の過ちの解消コストを支払うのは、介護精神型老健に入所することになる長期入院中の精神疾患患者と認知症の人です。今までも、そしてこれからも犠牲になるのは、自分を守るために声を上げることができない弱い立場の人々ということになります。

これは、一部の一般国民の負担によって政策上のあやまちを解消する方法です。

②精神型老健の施設類型を認めず、精神科病床を国民全体の負担で減少させる。

これは、国民全体の負担で「民間精神科病床をたくさんつくりすぎてしまった」という政策上の過ちのコストを支払う方法です。

現行制度下でも病床削減を実現し、経営上もうまくいっている精神科医療機関もありますので、絶対に不可能なことではないでしょう。

③もう一つの方法は、多すぎる病床を持った精神科病院につぶれてもらうことです。

この場合、「民間精神科病床をたくさんつくりすぎてしまった」という政策上の過ちのコストを支払うのは、つぶれた精神科病院の経営者、そこに働く人々になります。

日本における精神障害者の脱施設化の問題は、精神科入院医療を民間病院主体で行う政策をとったために、入院医療が「民間の稼業」になってしまっていて脱施設化が困難な状況にあるという問題です。イタリアやアメリカでは、精神科病床数の減少ができました。それは、公的な病院の比率が高かったからなのです。「どうして、他の国で出来たこと（脱施設化）が日本で出来ないのか？ではなく、どの国もやったことのないことを、どうすれば日本で行うことができるのか」ということなのです。

日本では、つい最近までハンセン病の人に対する、世界の医学的常識に反したきわめて過酷な強制隔離政策がとられていました。ハンセン病の場合は、対象の人が少なく、隔離収容は公立の施設で行われていたため、誤った政策の修正は法律の廃止だけで可能でした。これに対して精神障害の場合には、対象となる人数が多く、また、隔離収容を民間の施設で行う政策をとったために、解決がきわめて難しくなっています。

しかし、各地の先進的な取り組みで、少しずつですが明るい光も見えてきています。これから国民ひとりひとりで智慧を出し合い、痛みを分かち合いながら、どの国もやったことがないこの大きな課題にチャレンジしていきましょう。

■三つ目は認知症精神科医療の経験です。

松沢病院では、認知症精神科病棟を 3 年間担当し、約 180 例のケースを入院加療しました。重い身体合併症があったり、精神症状が激しかったりして、民間病院で断られたようなケースも多数ありました。松沢病院時代には、認知症で重い行動・心理症状がある場合には精神科入院医療が必要不可欠と考えていたのです。その後、理想の認知症精神科入院医療を行おうと認知症病棟の新設を計画していた当院に転職しました。当初、入院させる病棟がないので、いろいろ診療上の工夫をしたところ、精神科に入院が必要と思いついていたようなケースでもやり方によっては外来のみで支えられることがわかったのです。当院の認知症病棟の新設計画は中止となり、私は認知症の人に精神科医療の宅配をしています。平成 24 年 5 月に内閣府の障害者政策委員会委員の辞令をいただきました。これまでの経験をいかし、障害者問題に関して発言・議論する場が与えられたことに大変感謝しています。