

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 第4回 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 |       |
| 平成26年7月1日(火)                      | 参考資料1 |

## 病床転換型施設についての意見書

社会医療法人近森会 近森病院  
院長 近森 正幸

私は精神科医ではありませんが、30年間にわたり社会医療法人近森会の理事長として高度急性期医療からリハビリテーション、精神科医療を統括しており、さらには社会福祉法人ファミリーユ高知の理事長として障害者の就労支援、社会復帰に携わっています。一般医療では20年前から地域医療連携、10年前からチーム医療が推進され、機能分化が進んでまいりました。

このような観点から、今回の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」の「病床削減」、「急性期精神科医療への特化」、「地域医療連携」、「チーム医療」は精神科医療の特殊性はあるものの間違っていないと考えています。

平成25年10月に近森病院第二分院（総合心療センター）が44床の療養病床を廃止し、60床の急性期病床に特化し急性期の近森病院と統合した際、療養病床に入院中の42名の患者さんの転院、退院先は精神科に転院26名（62%）、一般療養病床に転院3名（7%）、施設2名（5%）、自宅11名（26%）でした。当院の場合、外来診療や看護、訪問看護、デイケア、社福の就労支援やグループホームを利用し、積極的に在宅への移行（3カ月以内の在宅復帰率80%）を進めていましたが、それでも6割以上の患者さんが精神科病床に転院せざるを得なかった「現実」があります。

検討会では、「病床転換型施設を認めるグループ」とすべての患者を地域移行するという「病床転換型施設を認めないグループ」に大きく分かれています。私は医師ではありますが、直接精神科医療には携わらない第三者として、この2つのグループの発言を聞いていると、処遇困難者や身体疾患を伴って要介護度の高い患者さんをどうするかという立場の違いがあるように思えてなりません。さらには1年以上の長期入院患者20万人を病床削減し地域にのみ帰していくという方向性は、現在の長期入院せざるを得ない精神障害者の現状を知れば知るほど、地域の在宅の資源が乏しく財源もないことから到底不可能と考えます。病床転換型施設を認めないという方向性が今回の具体的方策に盛り込まれた場合、結果として病床削減は限定的になり、今回の改革を頓挫させる大きな要因となりえます。AかBかのオールオアナッシングではなく、AもBも現在ある資源すべてを有効に使い、できるだけ多くの長期の入院患者さんを病院から出す努力をすべきだと考えています。

ただ、病床転換型施設を認めるにあたっては、急性期医療を脱した患者さんは可能な限り地域に帰るべきだし、在宅復帰率などを厳しくして、病床転換型施設にはできるだけ入らないような仕組み作りが大切です。さらには施設内での自立の努力と第三者の介入による地域への移行のたゆみない関わりが求められています。こういう働きかけにお

いて、施設を認めないグループのこれまでの経験や知恵が活かされてきますし、結果として急速に病床は削減され、10 年 20 年後には病床転換型施設も廃止される時代を迎えると思います。

施設を認めない場合、病床を削減され無理やり地域に戻された精神障害者は、東北の大震災の際に突然の環境の変化に遭遇した療養病床の患者と同じようなトランスファーショックに見舞われ、大きな混乱と不幸に見舞われると思います。20 万人という精神障害者の数は、大震災の高齢の被災者や障害のある被災者に匹敵する規模であり、このように多くの精神障害者を地域に移行するためには、現実を見据え地道にあるべき姿に向かうべきです。

現在の財政状況や医療状況、何よりも精神障害者の幸せを考える立場で、病床転換型施設をある程度認め、時間をかけたスムーズな地域移行が図られることを祈っております。