

第4回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

# 第8次医療計画に関する意見

桐原尚之  
全国「精神病」者集団



# 1. 基本的な考え方

---

## ■ 理念

---

- 障害者の権利に関する条約について言及する必要があります
- 障害者基本法について言及する必要があります。



## 2. 基準病床算定式

---

## 長期入院の定義

---

- 第7次医療計画の基準病床算定式では、長期入院の定義を1年以上の在院としています。
- 実際に入院させられる私たち精神障害者にとっては、2ヶ月であっても、2週間であっても、非常に長期の入院であると感じています。
- 第8次医療計画における基準病床算定式では、長期入院の定義は、現行の1年以上在院からより短い期間へと改められる必要があります。

## 長期入院を類型化すること

---

- 第7次医療計画の基準病床算定式では、長期入院の定義を1年以上の在院としているため、1年在院と20年以上在院を同じ長期入院需要のなかに位置付けて病床整備をするかたちとなっています。
- 実際の現象としては、1年在院と20年以上在院は異なるものと考えられるべきです。
- 第8次医療計画の基準病床算定式では、大枠での長期入院というくくりに加えて、3年以上、5年以上、10年以上など群を設けて算定できるように改められる必要があります。

## ■ 入院需要の考え方について

---

- 第7次医療計画の基準病床算定式では、20年以上長期在院者が入院している病床に対しても“長期入院需要”という枠組みで必要な病床数として算定できる仕組みになっています。
- 20年以上在院のことを“需要”という言葉で表現するべきではないと感じます。
- 第8次医療計画の基準病床算定式では、少なくとも2年以上長期在院者数に相当する病床数は、即座に削減されるべき病床と位置付けるか、若しくは、不要にもかかわらず諸事情で削減できない病床と位置付けられるように改められる必要があります。

## ■ 係数 $\alpha$ （重度かつ慢性）の削除

---

- 第7次医療計画の基準病床算定式には、係数  $\alpha$ （重度かつ慢性／治療抵抗性）なる概念が登場します。重度かつ慢性とは、長期入院需要のうち当面必要な病床数の根拠となる値のことです。
- 重度かつ慢性は、長期入院の約7割を占めるという実感にかなわない数量であることと、検証が困難であることなど多岐にわたる問題があります。
- 第8次医療計画の基準病床算定式では、重度かつ慢性を用いるべきではないと考えます。

## ■ 係数 $\beta$ の削除

---

- 第7次医療計画の基準病床算定式には、係数  $\beta$ （治療高度化の影響地）なる概念が登場します。係数  $\beta$  は、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及によって重度かつ慢性者の病状が退院し、長期入院需要が削減されるというものです。
- 実際は、家族の無理解や医療機関の認識不足、入院者本人の退院意欲低下、社会的な差別偏見など様々な要因によって長期入院が帰結されているわけであり、全て重度かつ慢性などの病状に還元できるものではありません。
- 第8次医療計画の基準病床算定式では、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及を用いるべきではないと考えます。

## ■ 基盤整備量との関係

---

- 第5期障害福祉計画の目標値は、第7次医療計画の基準病床算定式との関係から設定されています。第5期障害福祉計画の国の指針には、早期退院率1年以内を92%とする目標値が書き込まれています。
- これでは新規入院者の約12人に1人が新たな1年以上長期入院になっていくことを前提にした計画であることを意味します。新たな長期入院者が作り出されないような計画へと改められる必要があります。

## ■ 病床数と政策効果の関係を明確にすること

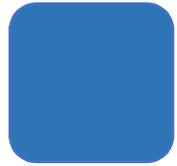
---

- 第8次医療計画基準病床算定式では、政策効果によって病床数が減少しているものと、政策効果によらずして病床数が減少しているものをわけて算定できるようにする必要があります。

## ■ 精神科病院への依存体質から脱却すること

---

- 基準病床算定式は、都道府県が確保すべき病床数を算出する数式です。日本の病床数が世界的に見て多いということは、たびたび指摘されてきました。病床数が多いことは、精神科病院への依存度を高め、地域生活の機運を下げてしまうなどの問題を生み出しています。
- 本来は、ドラスティックに精神病床を削減していく基準病床算定式こそ求められるはずです。



## 3. 指標例

---

## ■ 非自発的入院の段階的な解消に向けた指標例の設定

---

- 障害者の権利に関する委員会は、初回の日本政府報告に関する質問事項において「知的又は精神障害のある者の入院件数が増加していることに対応すること、及び彼らの無期限の入院を終わらせること」について講じた措置にかかわる情報提供を求めています。
- 2021年10月15日、日本弁護士連合会は「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」を採択し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく非自発的入院の廃止と非同意入院の段階的な縮減を提言しました。

## ■ 非自発的入院の段階的な解消に向けた指標例の設定

---

- これらの動向を踏まえて、第8次医療計画の指標にはアウトプット指標として非自発的入院の段階的な縮減を加えること、また、それらは医療保護入院の届出件数や措置入院件数、措置入院診察件数等、6月30日時点の非自発的入院者の入院者数及び入院期間等で評価できるようにする必要があります。

## ■ 身体拘束のゼロ化に向けた指標例の設定

---

- 身体拘束のゼロ化に向けた都道府県の取り組み等を評価できるようにする必要があります。
- 行動制限最小化のための都道府県の取り組みを評価できるようにする必要があります。

## 退院後支援の除外

- 指標には、退院後支援を入れるべきではないと考えます。
- 理由は、退院後支援が相模原市における障害者施設での連続殺傷事件の再発防止策を契機として「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン（平成30年3月27日・障発0327第16号）」が策定された経緯があり、精神障害と犯罪を結び付けるような差別や偏見を助長する恐れがあるためです。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（以下、「にも包括検討会報告書」とする。）において退院後支援は、今後の検討事項と位置付けられています。にも包括検討会報告書において態度が先送りにされた事項については、検討結果を待たずして指標に入れることは馴染まないと考えます。

## 修正型電気痙攣療法及び治療抵抗性抗精神病薬の普及の除外

- 第7次医療計画には、治療高度化の影響値として修正型電気痙攣療法及び治療抵抗性抗精神病薬の普及がありました。第8次医療計画の指標においても修正型電気痙攣療法及び治療抵抗性抗精神病薬の普及は除外されるべきと考えます。
- 指標は、政策効果をロジックモデルにより評価できる仕組みにしていくことが目指される必要があります。例えば、閉鎖式循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法と治療抵抗性統合失調症治療薬を指標に入れ込むとした場合、政策効果として何を見込んだものなのかが不明と言わざるを得ません。とくに、当該政策効果を達成するための方法として、数多くある治療のなかでも閉鎖式循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法と治療抵抗性統合失調症治療薬を取り出して設定する合理的根拠がないのではないかと考えます。