

精神医療の実態と生活保護者の 医療費についての私見

NPO法人日本相談支援専門員協会

代表 門屋充郎

NPO法人(北海道)十勝障がい者支援センター理事長

私はソーシャルワーカー 40年間の **活動理念**

精神障害者の退院支援・地域生活支援を40年以上行ってきた

- **支援の基本 生活の三層構造を満たす 生活（社会モデル）**
 - 1) 「命」＝医学モデルによる対応
良質な医療を求めて
 - 2) 「暮らし」＝心理・社会的存在へのかかわり
 - 3) 「生きがい」＝その人らしさ
人としての哲学的・宗教的高みへ向かう
- **具体的に どんな人にも 3つの『いき場』が必要**

・生き場＝安心の基地＝家	住	居
・行き場＝日々目的のある暮らし	日	課
・活き場＝解放された時間と空間＝自由	余	暇

PSWとして描いた日本における
精神保健福祉活動の現在と近未来

近未来

精神保健福祉領域の

地域社会

機能分化・役割分担ネットワーク

オープンシステムの社会資源

脱施設化

縮小

縮小

治療
単科精神病院の削減
総合病院の精神科を
専門分化

社会的入院者へのケア

医学モデルの縮小

小さなケアマネと大きなケアマネ
ケアマネジメントシステム

リハビリテーションモデル
心理社会的リハビリテーション

SST

家族療法

ACTなど

職業リハビリテーション

医学的リハビリテーション

教育リハビリテーション

セルフヘルプグループ
ボランティアグループ

生活支援

ノーマライゼーション

相談支援体制の確立

住居

日課（日中活動）

余暇

生活モデルの拡大

1982年住居資源を創った時から

- 私たちの作った下宿(16人)に対して生活保護担当者は施設扱いとして住宅扶助の対象外と理解
- 現場を視てもらい住宅として認知 生活保護で生活できる社会資源開発を続けた
- 入院医療扶助から地域生活の生活扶助等に変えることにより、自治体の負担が軽減されることを訴え、加えて国保負担も軽減される試算を提出し、交通費助成制度や共同住居補助金制度、医療費自己負担補助などの請願を行う。
- 地域にケア・センターを創るための施設整備及び運営費自己負担分を自治体が負担する支援などが行われた。
- その他自治体が負担する間接補助金(作業所・共同住居等)に協力的に取り組む。

入院医療扶助の約1/4の費用で地域生活が可能であること。国保に関しても試算結果的に市町村負担は軽減された。

地域ケアが充実すると入院施設は少なくてすむ 十勝の精神科病床の変化

開設年	病院名	過 去	現 在
• 1953年	道立緑ヶ丘病院	270床	187床
• 1964年	国立十勝療養所	150床	100床(帯広HP)
• 1965年	柏林台病院	127床	0床(閉院)
• 1965年	帯広厚生病院	106床	70床(総合HP)
• 1966年	帯広協会病院	78床	0床(総合HP)
• 1969年	大江病院	181床	154床
		1,012床	511床

970床が長く続いた。外来クリニックは5ヶ所
 1996年から減少 2007年7月に540床に 2011年6月511床
 病床利用率80%程度 実質万対13人前後 将来は150床に
 訪問看護とケアマネの展開 ACTチームが2つによって重症者50名
 ほどを支援 医療と地域生活支援の連携システムがある。

入院医療を縮小し地域生活支援を行うと費用対効果も

日本・帯広・マディソン・トリエステ

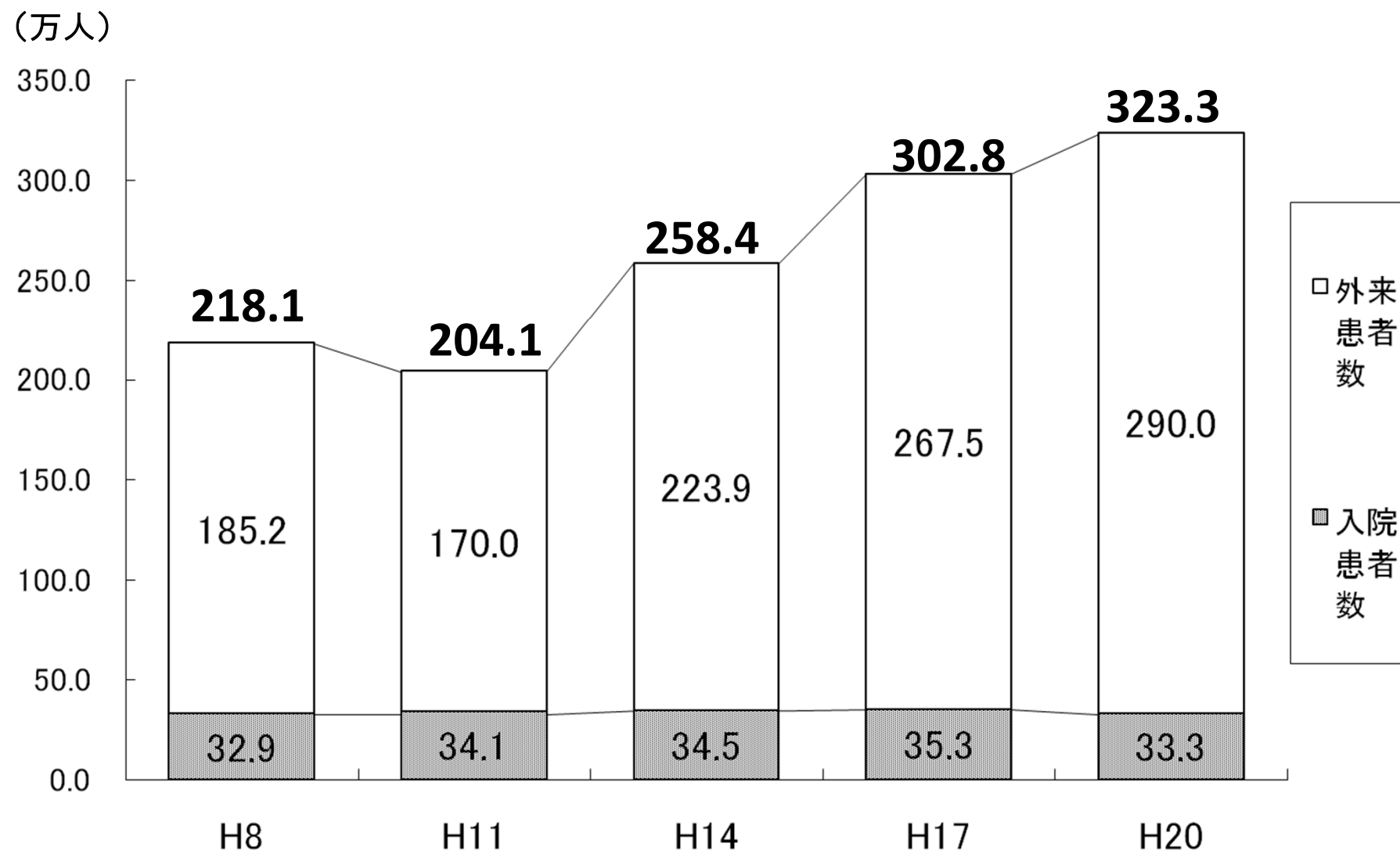
	日本	帯広	Ma	To
病床数	27	13	4	1
入院日数	301	150	6	数日
中心機関	HP	HP +生活支援	MHC	MHC
中心の場	医療	医療 +地域	地域	地域
地域移行	これから	少し	ほとんど	全て
医療の地域化	不十分	小さなACT	MHC+ACT等	MHC等

日本の精神医療

社会的入院は人権侵害ではないか

(5疾患となって国民の疾患対策となった精神疾患)

精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)



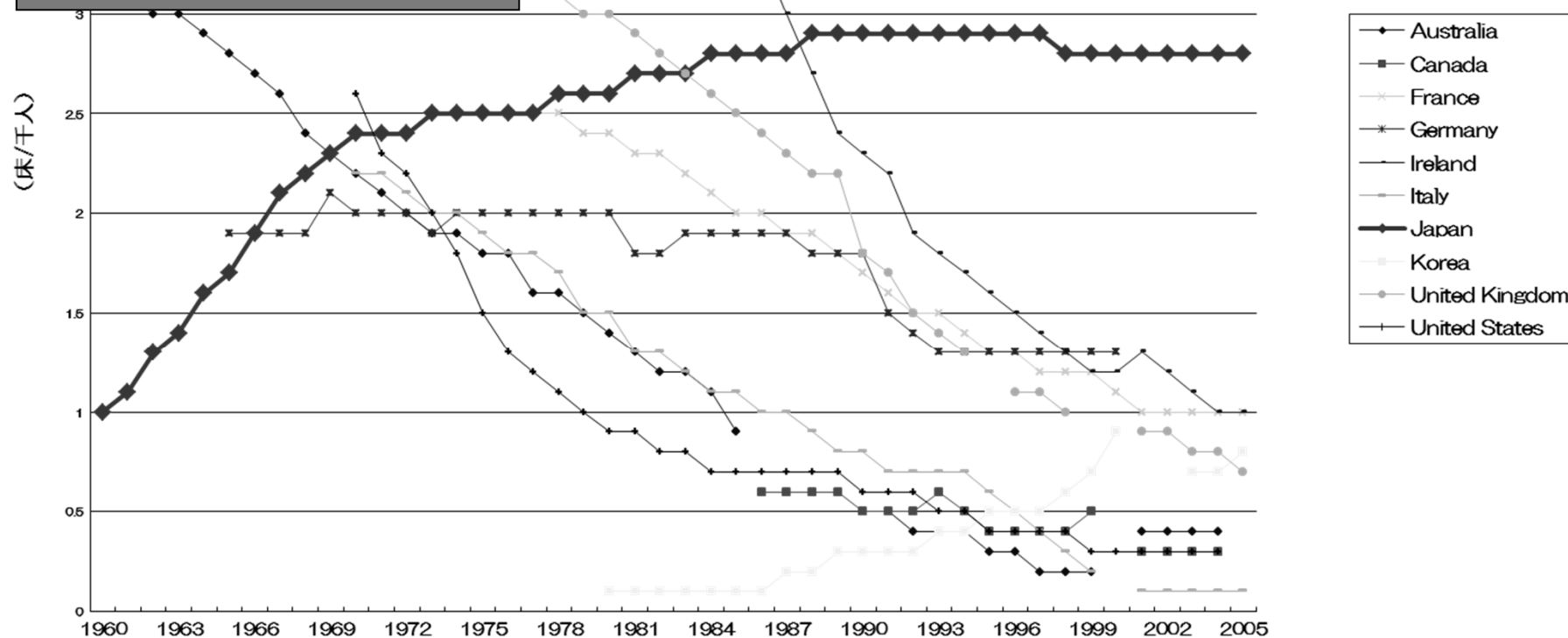
資料：患者調査

病床数（諸外国との比較）世界は脱施設化

日本/人口万対病床数 全国:27 北海道:35.4 十勝:14
 平均在院日数 全国:301日 北海道:315日 十勝:143日

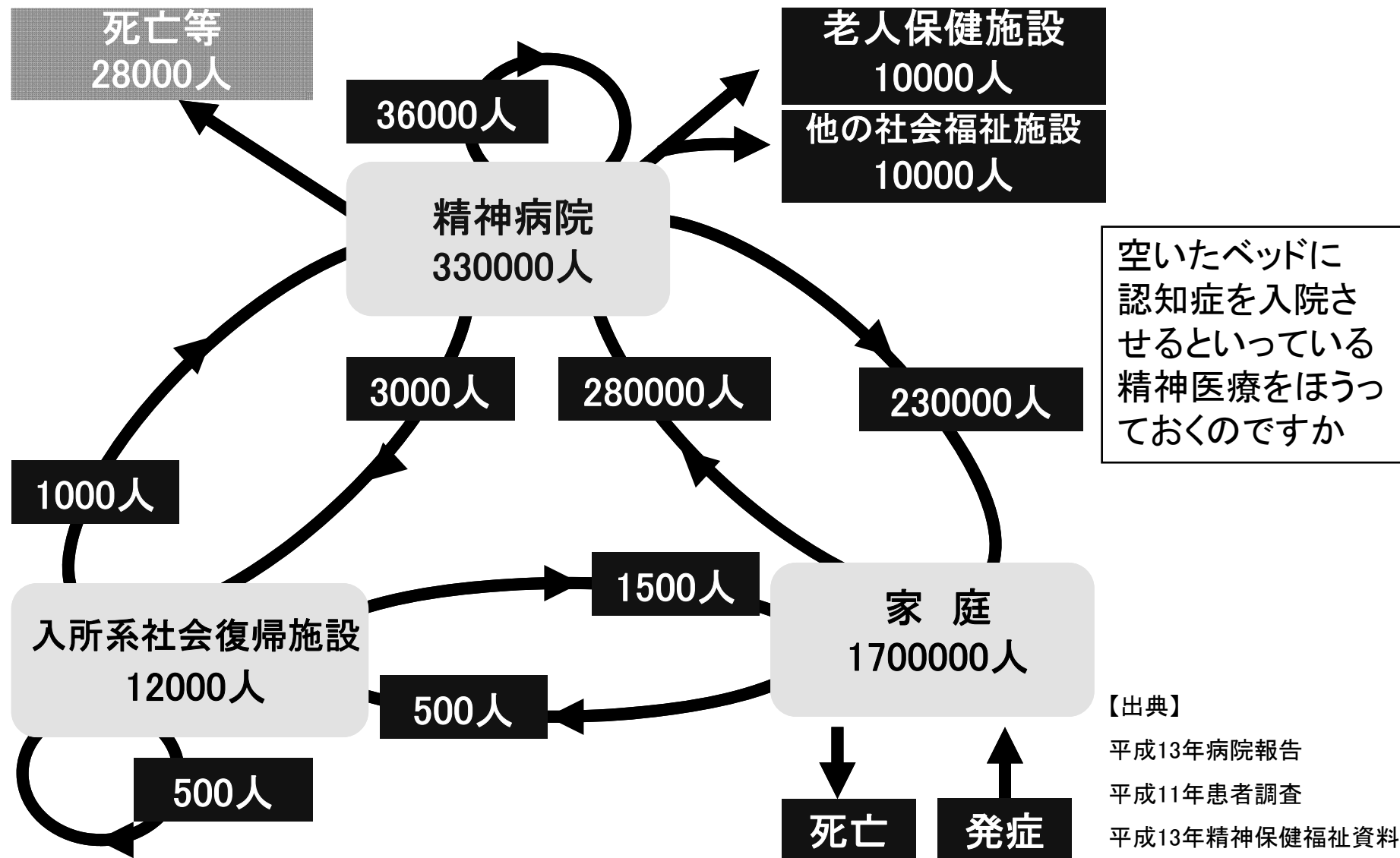
この入院の多さが人権侵害だと認識しなければ、
 今後の精神医療の未来も、
 生活支援もない

日本



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
 OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

患者動向の概略



精神保健医療福祉の関係費用

この財源配分はおかしい

医療※1

1兆8863億円

:

保健福祉※2

501億円

= 97% : 3%

入院※1

1兆4039億円

施設ケア:416億円 83.0%

在宅ケア:85億円 17.0%

外来※1

4824億円

<資料>

※1 平成17年度「国民医療費」

※2 平成17年度国庫補助額に基づき推計

諸外国の財源比率医療:地域=15~40%:85~60%

統計から予測できる実態

厚労省の資料から（医療の質を問う）

- 平成22年6月30日調査などから
- 精神科病床数 348, 130床
- 入院患者数 311, 270人
- 65歳以上の入院者数 48.3% 150, 457
- 入院期間 20年以上 12.3% 38, 525
10年以上 11.8% 36, 831
5年以上 15.5% 43, 369
- 任意入院者 206, 209 終日閉鎖 40.7%
- 医療保護入院者 115, 297 終日閉鎖 71.0%

未だこのような考えが堂々と

日精協誌 巻頭言 第31巻 第1号 2012年1月

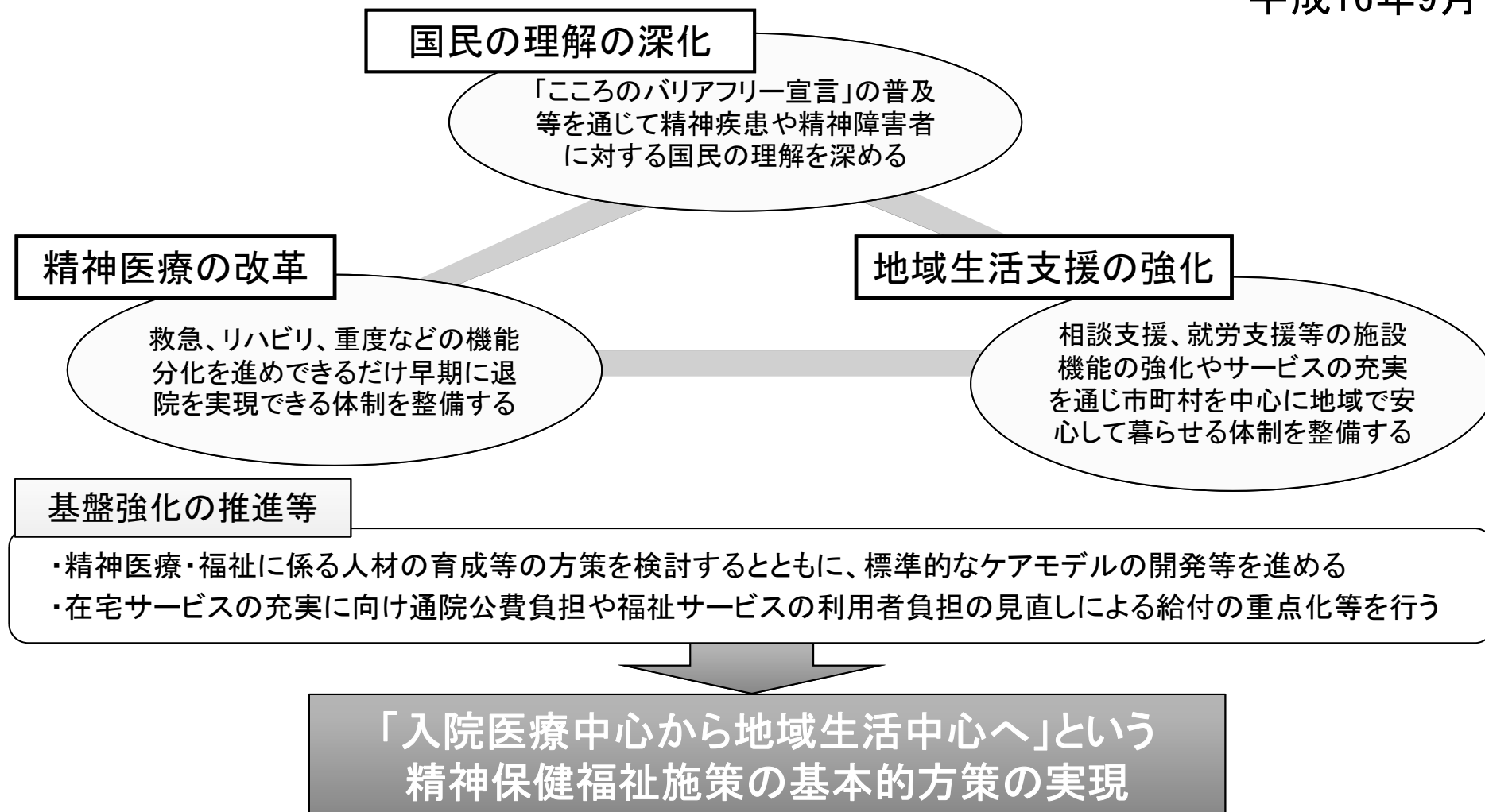
(一部抜粋)

- 数年前より、欧米を中心に精神科医療の現状を視察し、関係者と話し合っ
てわかったことは、海外では日本の精神科医療の現状が正しく理解されてい
ないということでした。35万床の精神科病床数だけが強調され、しかも精神科
病院における患者の処遇は、脱施設化前の欧米の精神科病院、つまり大規
模入院施設で刑務所もどきの処遇がいまも行われているといった偏見に満
ちたものでした。この偏見を助長したのは、日本の精神科医療について歪曲
化して発言をしている確信犯的原理主義者、外国カブレの学者、精神科病院
を非難することで生活の糧を得ているといった人たちで
す。……………馬鹿の一つ覚えのように「地域移行」
「平均在院日数の短縮」「入院抑制」を推進すれば、過鎮静にして在宅で看ると
いった欧米型の精神医療に追い込まれ、……………欧米の轍を踏まないよ
うに、……………日本の精神科医療は世界一だ……

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

平成16年9月



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～
**「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】**

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

●地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

●人員の充実等による医療の質の向上

●薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

●地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

●患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

●施策推進への精神障害者・家族の参画

事業実績 7.2万人退院目標は

	実施自治体数	全圏域数	実施圏域数	実施圏域数／ 全圏域数	事業対象者数 (人)	退院者数(人)
平成15年度	16(含指定都市1)	—	—	—	226	72
平成16年度	28(含指定都市3)	—	—	—	478	149
平成17年度	29(含指定都市5)	—	—	—	612	258
平成18年度	26都道府県	385	148	38.40%	786	261
平成19年度	42都道府県	389	236	60.70%	1,508	544
平成20年度	45都道府県	386	295	76.40%	2,021	745
平成21年度	47都道府県	372	309	83.06%	2,272	790

※1:平成15～17年度まではモデル事業、平成18～19年度までは、精神障害者退院促進支援事業として実施。

平成20～21年度については、精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施。

※2:退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は、含まれていない。

地域移行は3つの柱が必要

- 入院者の地域移行 7万人から20万人
(退院基準の再検討)
- 財源の地域移行(平成17年度) 試算すると
入院費用は1兆4039億円から2940億～8400億円の減額となり1兆1099億円から5639億円となる。
外来費用は4824億円から125億から356億円増え4949億から5180億円となる
- 医療費総体は1兆8863億円が1兆6048億円から1兆0819億円となる
- この結果2815億円から8044億円削減され、この一部を保健福祉財源とする。
現在501億円から少なくとも10倍の地域予算が可能
- 人材の地域移行 精神科医 看護師 精神保健福祉士など

生活保護費の試算

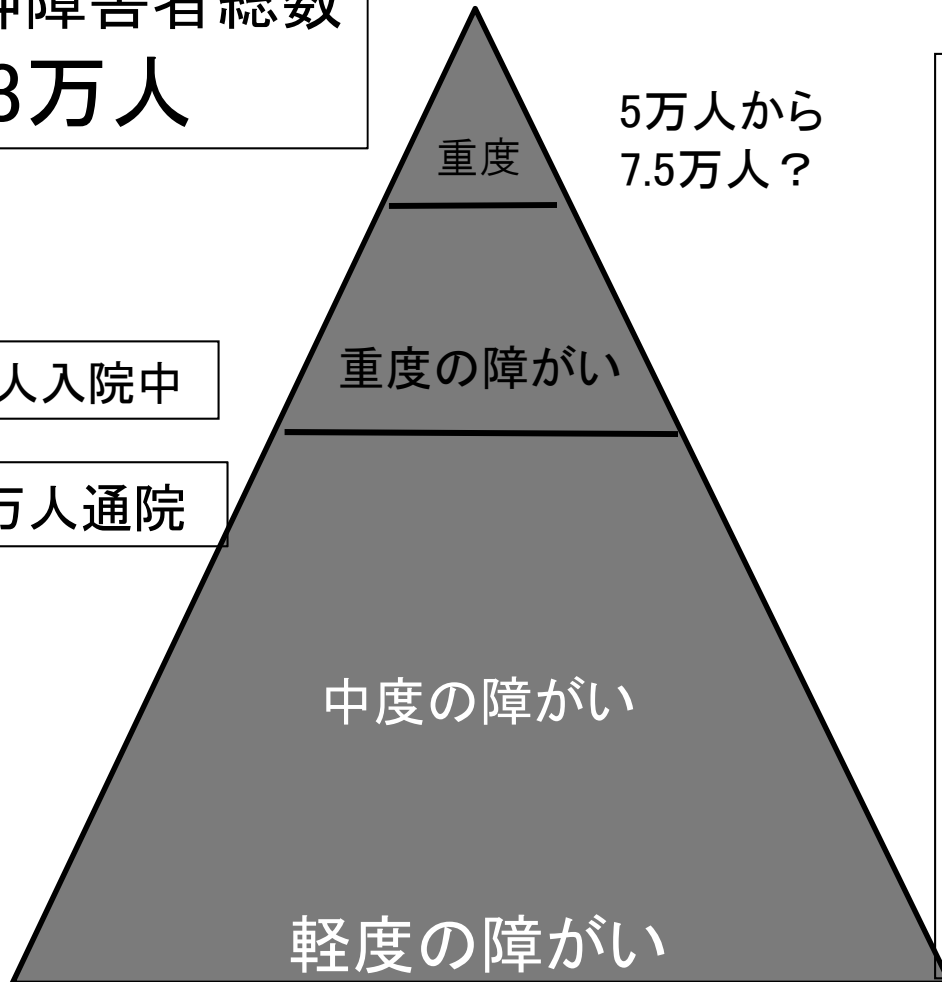
- 退院促進支援目標は約14,000人
- 入院医療扶助費約510万円/年
- 年間医療扶助費 714億円
- 地域生活の保護費(通院医療費含み)
- 150万円？ とすると 210億円
- 504億円の軽減？

仮説:精神障がい者の地域生活支援

精神障害者総数
323万人

34万人入院中

289万人通院



ACTの対象=全人口の1%×40～60%

ACT(包括的生活支援サービス)
支援型住居・食事・入浴・・・
短期入院の活用

ACT+訪問型生活支援+通所型資源
短期入院 心理・社会的リハビリ
テーションプログラム 就労IPS

通院+通所+一般資源+一部訪問型
一部IPSなど

通院+一般生活資源+就労

精神障害者への誤解・偏見を取り除くと支援が可能

新たな取組5

退院や地域での定着をしっかりとサポートするための、 地域移行支援、地域定着支援の創設

- 改正障害者自立支援法の施行に伴い、
 - ・ 入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援を行う「地域移行支援」
 - ・ 地域生活している者に対し、24時間の連絡相談等のサポートを行う「地域定着支援」
- の創設により、退院や地域での定着の支援体制を充実。

精神科病院と地域相談・継続相談と地域移行・地域定着の連携

地域移行支援・地域定着支援の創設

◆地域移行支援

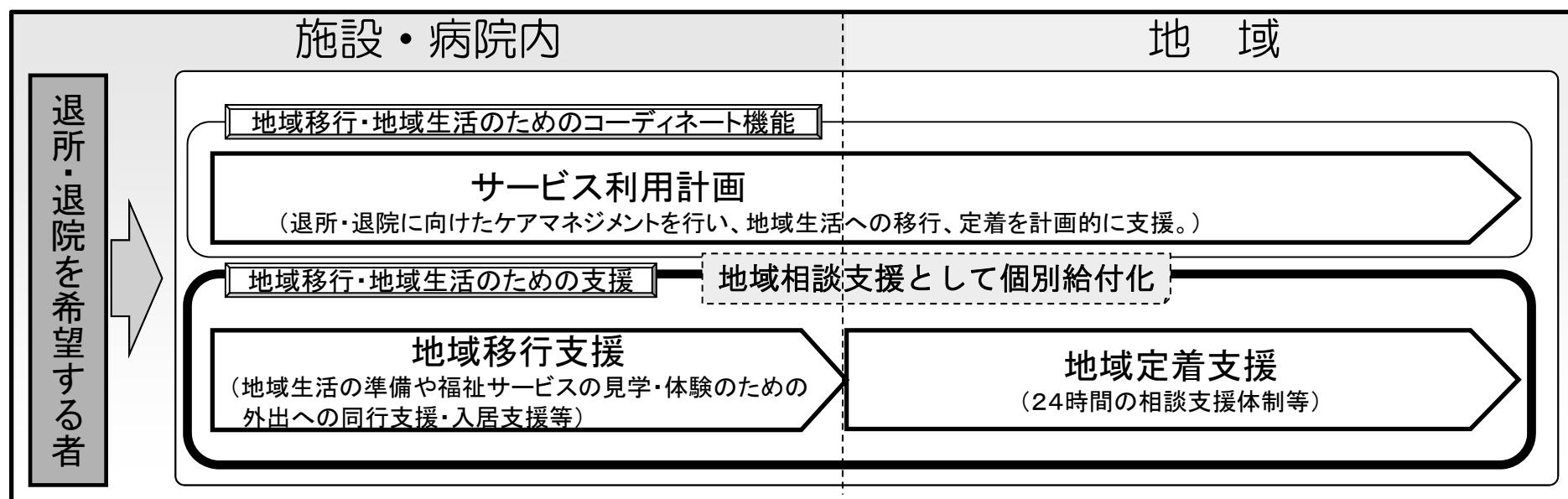
施設や病院に長期入所等していた者が地域での生活に移行するためには、住居の確保や新生活の準備等について支援が必要。

→ 現行の「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」(補助金)で行われているもの(地域移行推進員の活動)と同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。

◆地域定着支援

居宅で一人暮らししている者等については、夜間等も含む緊急時における連絡、相談等のサポート体制が必要。

→ 現行の「居住サポート事業」(補助金)で行われているものと同様の事業を障害者自立支援法に基づく個別給付に。





【福祉サービス等】

入院中の院外活動における支援
・グループホーム等の居住サービスの体験入居
・授産施設等の日中活動サービスの体験利用 等



退院

地域生活における支援
・居住系サービス ・日中活動サービス
・各種相談支援事業 ・ホームヘルプ ・余暇支援事業等



一般相談支援事業所による地域移行・地域定着支援へ

障害福祉

入院患者
(生保受給者)

対象者の選定

自立支援プログラムの共有・協働



相談支援専門員（相談支援事業）（市）

自立支援員（精神障害者退院促進支援事業）（県）

退院推進員（生活保護精神障害者退院促進事業）

福祉事務所

支援準備期

- 対象者の選定
- 病状等の把握
- 面談による意向の確認
- 支援計画の策定

支援中期

- 関係機関の調整
- 院外活動への同行支援

退院準備期

- 受け入れ先等との調整
- 各種社会的手続の支援等

退院

フォロー期

- 地域生活継続に係る支援
- 各種サービスの利用状況の把握

地域生活定着

地域生活

- 各種サービスの利用状況の把握 等

【精神科病院】



入院

退院

通院（服薬）・デイケア・訪問看護 等



退院促進は

- 生活保護の退院促進と自立支援法による地域移行・地域定着支援の連携
- 生保の退院推進員と相談支援専門員の連携
- 自立支援協議会による連携について