

令和4年5月9日

参考資料

第10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

1



精神科医療について

令和4年 5月 9日
日本精神科病院協会会長 山崎 學

日本精神科病院協会団体概要

日本精神科病院協会は、近代精神科医療のあるべき姿を明確にし、わが国国民の精神保健の向上と精神疾患を持つ人への適切な医療・福祉の提供、精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を図ることを目的として、昭和24年に設立されました。民間の精神科病院1186病院で組織しております。

①精神保健福祉行政の歩み

②精神科医療における社会的偏見

① 精神保健福祉行政の歩み

精神保健福祉行政の歩み

- 文化元年
(1818年) 漢方医の石丸周吾が私立の精神科診療所、石丸癲狂院（のちの石丸病院）を開院
- 明治 5年
(1872年) ロシア皇太子が訪日するにあたり、明治政府は東京府東京市本郷の元加賀藩邸跡（現・東京大学構内）の空き長屋に宮繕会議所附属養育院（現・地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター）を設置し、巷の生活困窮者などを狩込み収容する。
- 明治 6年
(1873年) 文部省の医務課が医務局となり、7年に医制が発布された。この医制の一つに癲狂院の設立に関する規定があったが、癲狂院の設置は遅々として進まず、精神病者の大多数は、私宅に監置されて、家族の世話に任されていた。

精神保健福祉行政の歩み

- 明治 8年 (1875年) 南禅寺境内に公立の精神病院として京都癲狂院が建設され、私立精神病院としては加藤瘋癲病院が11年に東京府から開設許可された。
- 明治12年 (1879年) 医育機関で精神病学が教えられるようになり、東京大学ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが初めて近代精神病学を講義した。
13年には医学校初の精神病舎が愛知医学校に設置された。
7月に上野恩賜公園内に東京府癲狂院(現・東京都立松沢病院)を設置
相馬事件。

精神保健福祉行政の歩み

- 明治33年 (1900年) 3月に精神病者の保護に関する最初の一般的法律「**精神病患者監護法**」が公布、同年7月1日から施行された。
私宅監置の制度化
- 明治35年 (1902年) 呉秀三と三浦謹之助によって**日本神経学会**が発足（後の日本精神神経学会となる）
- 明治41年 (1908年) 1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、**患者数2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人**というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、**44年に「官立精神病院設置」の決議がなされた。**

精神保健福祉行政の歩み

大正 6年
(1917年)

6月30日、精神障害者の全国一斉調査会が行われた。その結果、**精神病患者総数は6万5千人**、そのうち精神病院等に入院中のものが約5千人に過ぎず、**私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外**にあるという実状、病院を含む精神病患者収容施設をもたない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京、京都、大阪におり、東京にはその2分の1が収容されていることが明らかとなった。**この結果から、保健衛生調査会は、治療上及び、公安上の理由から精神病患者監護法の改正を決めた。**

大正 8年
(1919年)

精神病院法、結核予防法、トラホーム予防法が同じ委員会で審議可決された。

- 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、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって前項の命令により設置したものとみなすことができる。また**内務大臣は第七条の精神病院に代用するため公私立精神病院を指定することができる。**（代用精神病院）

精神保健福祉行政の歩み

- 昭和 元年 (1926年) 昭和13年(1938年)には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神保健対策は十分な効果を挙げるに至らなかった。15年には約2万5千床もあった病床は、戦火による消失や経営難により閉鎖され、終戦時には約4千床にまで減少した。
- 昭和 8年 (1933年) 精神医学者マンフレート・ザーケル（ポーランド）により、インスリンの大量投与で低血糖ショックを人為的に起こさせ精神病患者を治療するインスリンショック療法が考案された。（ただし死亡例が多かった。）
- 昭和10年 (1935年) ジョン・フルトンとカーライル・ヤコブセン（英国）がチンパンジーの前頭葉切断を行ったところ、性格が穏やかになったと報告したのを受け、同年、神経科医エガス・モニス（ポルトガル）が初めてヒトにおいてロボトミー（前頭葉切除術）を行う。

精神保健福祉行政の歩み

- 昭和12年
(1937年) **ラディスラス・J・メドゥナ(ハンガリー)**が薬物を用いて人工的にけいれん発作を作ることによって統合失調症患者の治療に成功。当時、てんかん患者は統合失調症を合併しないと信じられており、これは「てんかん発作には精神病を予防・治療する効果があるのではないか」という発想のもとに行われたという。
- 昭和13年
(1938年) イタリアの**ウーゴ・ツェルレッティ**と**ルシオ・ビニ**、**電撃療法**を創設
- // 新潟医科大学で中田瑞穂がロボットミー開始
- 昭和22年
(1947年) 松沢病院、東大病院でロボットミー開始、昭和50年(1975年)まで続く
- 昭和23年
(1948年) 旧優生保護法(1948～1996年)の施行。精神障害者に対する人工妊娠中絶が合法化。
- 昭和24年
(1949年) **モニス、ノーベル生理学・医学賞を授与される**が、ロボットミーの副作用が問題視され、次第に廃れる。**日本精神病院協会設立。**

精神保健福祉行政の歩み

昭和25年
(1950年)

- 「精神衛生法」が制定された。
- 精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと。
 - 私宅監置制度はその後1年間で廃止することとした。
 - 同意入院、措置入院、仮入院が新設された。
 - 精神障害者を拘束することが必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられたこと。

精神病床：約1万8千床

before Chlorpromazine ↑

after Chlorpromazine ↓

抗ヒスタミン薬として、クロルプロマジンが開発。
ヒベルナシオンという製品名で麻酔前投薬として知られていた。

昭和27年
(1952年)

外科医アンリ・ラボリ (仏) が、ヒベルナシオンの鎮静作用に着目。精神症状に大きな効果を得られると発表。

//

精神科医ジャン・ドレー (仏) 、クロルプロマジンが躁病、統合失調症の錯乱・幻覚を改善することを発見



Jean Delay

精神保健福祉行政の歩み

昭和28年
(1953年)

精神病床：約3万床

内村祐之東大教授が精神神経学会、精神衛生会の理事長を兼任

精神衛生会 国・厚労省に対し「精神障害者の遺伝を防止するため優生手術実施を促進させる財政措置」を求める陳情書提出

昭和29年
(1954年)

7月の全国精神障害者実態調査によって、精神障害者の全国推定数は130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1にも満たないことが判明した。

このため同年、法改正により非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対し、国庫補助の規定が設けられ、精神病院ブームの現象を呈し、5年後の**35年には約8万5千床**に達するなど、精神障害者に対する医療保護は飛躍的に発展するに至った。

精神保健福祉行政の歩み

昭和30年代
(1955年)

反精神医学運動

ロナルド・D・レイン(イギリス 1959)、ミシェル・フーコー(フランス 1961)、トーマス・サス(アメリカ 1971)

①強制入院は基本的人権の侵害、②精神医学は社会的逸脱にある種の精神病というラベルを付与する社会統制の一形態である、③電気痙攣療法は人間の尊厳を傷つける。

昭和32年
(1957年)

薬理学者ポール・ヤンセン (ベルギー) が
ハロペリドールを開発



Paul Janssen

昭和33年
(1958年)

10月2日、事務次官通達 (発医第132号) により、精神病床の許可基準の定数については、医師は1/3、看護師は2/3とされた。(精神科特例)

10月6日、特例基準の人員数を満たさなくても良いという通知を再発出

昭和35年
(1960年)

日本でクロルプロマジンが発売開始。コントミン(吉富製薬)、ウインタミン(塩野義製薬)

精神保健福祉行政の歩み

昭和38年
(1963年)

アメリカでケネディ教書を機に急速な脱施設化
(国家財政困窮)

One Flew Over the Cuckoo's Nest (カッコーの巣の上で)

ケン・キージー作 **1962年(昭和37年) 発表**

60年代アメリカにおける精神病棟の人権侵害を暴き、人間の尊厳を問い正した。

あらすじ

刑務所の強制労働から逃れるため精神異常を装ってオレゴン州立精神病院に入ったマクマーフィは、絶対的な権力で君臨する婦長ラチェッドによる患者の人間性までを統制しようとする管理体制に反発、対立しながら入院患者たちに生きる気力を与えていく。

脅威を感じた病院は、電気ショック療法を開始するが、マクマーフィもまた、同じく詐病していたネイティブアメリカンであるチーフとともに脱走を計画し始める。

物語の最後は、ある騒動のためロボットミー手術を受けさせられ廃人のような姿となったマクマーフィを窒息死させ、病院を脱走するチーフの姿でしめくられる。



映画「カッコーの巣の上で」の場面(1975年/アメリカ)
Kobal/UNITEDARTISTS/FANTASYFILMS/TheKobalCollect
ion/WireImage.com

In numerous public institutions, especially in the 1950s, the sleeping arrangements for patients with mental illness or mental retardation lacked any semblance of privacy or dignity.

(The photo is from the June 1961 issue of *Mental Hospitals*.)



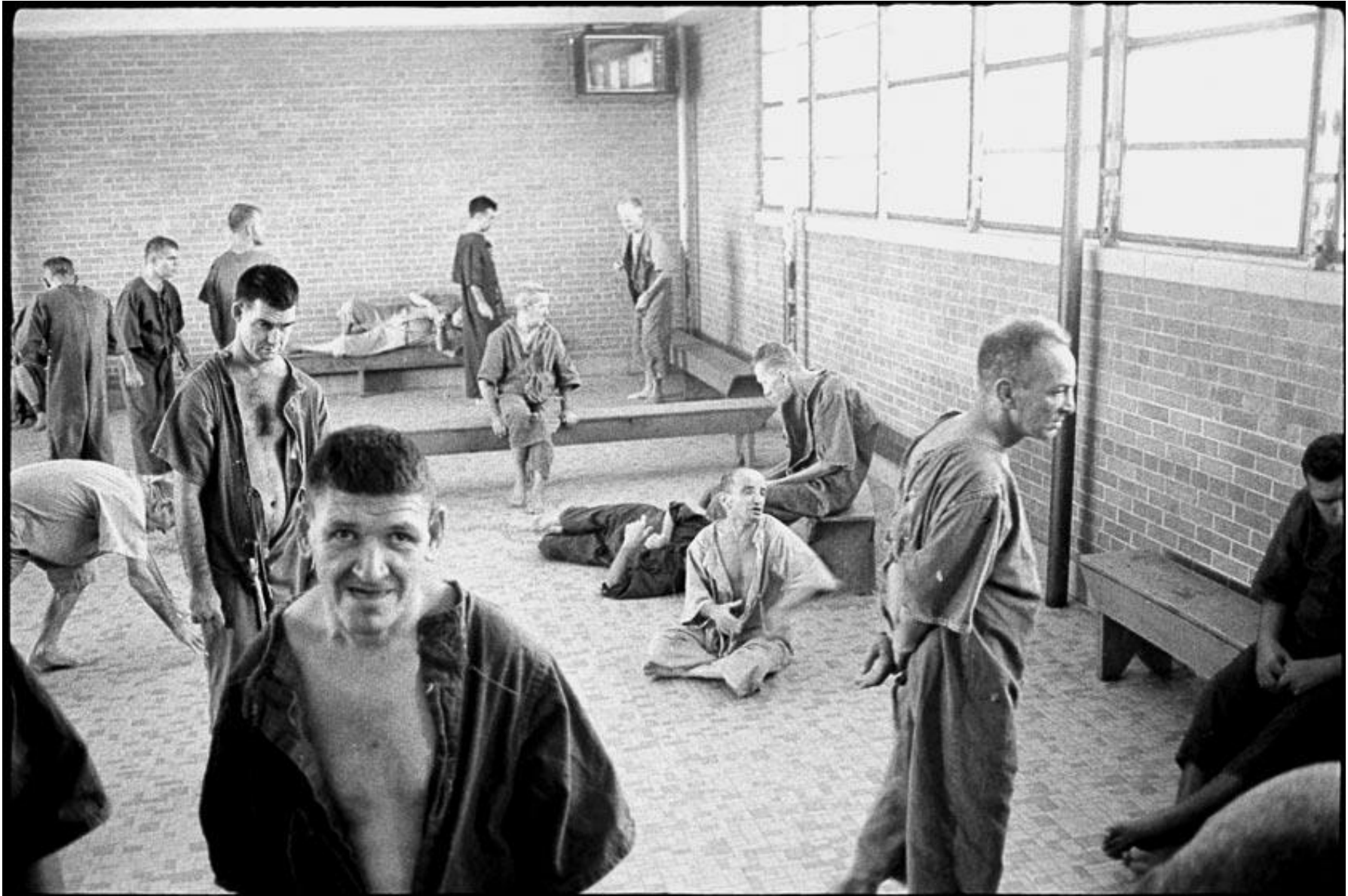
文献 : Geller JL. The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services.
Psychiatr Serv. 2000 Jan;51(1):41-67.

Patients' inactivity and sense of hopelessness were epitomized in a **1959 scene at St. Elizabeths Hospital in Washington, D.C.** The photo was published in this journal about a year after *Action for Mental Health*, a manifesto on behalf of the mentally ill, was released by the Joint Commission on Mental Illness and Health. (From the February 1962 *Mental Hospitals*; photographer, Robert Lautman)



文献 : Geller JL. The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv.* 2000 Jan;51(1):41-67.

Mental Institution #31, East Louisiana State Hospital, Jackson, Louisiana,
February 9, 1963 | Mental Institution | REPORTAGE | Archive



精神保健福祉行政の歩み

ライシャワー事件 当時の新聞記事

朝日新聞東京本社調査部

昭和39年3月25日

語人声天

思いがけないことが起るものだ。ライシャワー米大使が刺されて負傷。日本人としてまったりやりきれぬ気持ちになる。外国大使を襲って凶刃をふるうとは、まるで幕末のころの日本に逆もどりでもしたような暗い事件だ▼着任以来、ライシャワー大使ほど日本国民に好感をもたれた人は少ない。東京で生れ、東京で育ち、東大、京大で日本歴史を学び、日本婦人を妻とするアメリカきつての日本通だ。のぞみ得る最良の大使である。この人に親愛の気持を持ちこそすれ、憎む理由はいささかもない。それなのに、なんとというばかなことを。すべての日本人はこの犯行を怒り、大使と米国民に対して心から申し訳ない気である▼十九歳のこの犯人は、どうも精神的である。メニエル氏病で沼津商高を中退しているが、親しい友人もなく家人にもわからぬ目的で時々東京に出かけていたそうだ。「じぶんは目が悪いのに治療もできない。アメリカの占領政策と教育方針が

悪いから」と思い、大使の責任であるという結論に達した」と警察で自供しているが、この妄想(もうそう)は常人のものではない▼国民がまず心配したのは、犯人は、背後関係を持った右翼か左翼の少年ではあるまいかということだった。そうでなくて、身体に異常のある少年の奇妙なひがみから出た犯行のようだ。去る一月の米大使館放火事件も自分の仕業と自供しているが、日本の警察はその時取調べていながら釈放している。大使館付近をちよいちよろろついていたらしいが、警備陣の手ぬかりは一体どうしたことか▼春先になると、精神病者や変質者の犯罪が急にふえる。毎年のことだがこれが恐ろしい。危険人物を野放しにしておかないように、国家もその周囲の人ももっと気を配らねばならない。犯人が精神的だったからといって、外国大使を傷つけた日本の責任が軽くなるというものではない▼日米関係が円滑にゆき、ライシャワー大使が日本で敬愛されているとき、降つてわいたようなこの凶刃は、日本人として残念でならない。大使と米国民に深くわび、一日も早い全快をいのるのみだ。

精神保健福祉行政の歩み

昭和40年
(1965年) 精神病床：約17万床

昭和43年
(1968年) WHOのクラーク勧告にて、日本の閉鎖的、収容的な精神医療のあり方が非難された。

クラーク勧告 1967年11月から1968年2月までWHOに日本政府が要請してデービッド・H・クラーク博士が来日し、日本における地域精神衛生についての報告書をまとめた。



FULBOURN
HOSPITAL



クラーク勧告

日本と西洋の精神病院の顕著な差は日本では老人の患者が少ないことである。精神病院のたった4%が60歳以上であるのに対し、英国では約50%である。

現在のように慢性患者が累積し続け現代医療で生かされていれば、1980年から1990年代において日本の精神病院でも老人患者の数は非常に増加するだろう。このことは遠い先の問題に見えるだろうが、何らかの対策をすぐに行わなければ大変なことになるだろう。

精神薄弱を含む精神病質、精神障害の早期発見と適切なリハビリテーションを促進するための地域精神衛生計画は日本が当面する緊急の社会的、公衆衛生的課題の一つである。

精神保健福祉行政の歩み

昭和43年
(1968年)

6月：安田講堂を学生が占拠

昭和44年
(1969年)

府立中宮病院事件、**安田病院事件**等6件の精神科病院の不祥事が大阪、神奈川、東京で発覚。

//

大荒れの第66回日本精神神経学会（金沢大会）
理事長、理事の解任、医局講座制の解体
精神病床：約25万床

昭和45年～
(1970年)

イギリスではウィングらの疫学的研究で施設症の概念が明らかにされ、病院から地域ケアへと政策転換が進められた。

昭和47年～
(1972年)

カナダでは精神医療改革により、地域を拠点とする精神医療システムへの転換が進められた。

//

東大 全共闘派による赤レンガ病棟自主管理会議開始。民青系等反全共闘派はこれを不当占拠と位置付けた。これに対して反民青系看護師は民青系看護師の病棟立ち入りを拒否。

昭和49年
(1974年)

「刑法改正要領」で保安処分の刑法盛り込みを検討
精神障害者に対する「治療処分」、薬物中毒者に対する「禁絶処分」で保安施設への強制収容を検討
「保安処分に反対する百人委員会」結成

精神保健福祉行政の歩み

昭和53年
(1978年)

イタリアでバザーリア法が施行される。

バザーリア法 1978年(180号法)

1. 新入院に対しては精神病院に入院させない
2. 最高15床の精神病床の精神病床を総合病院に設置
3. 強制入院の法的手続きを整備
4. 地域精神保健センター(CMHC)を設置する



精神保健福祉行政の歩み

- 昭和59年
(1984年) 宇都宮病院事件（無資格レントゲン撮影、看護助手らの暴行で患者が死亡）
- 昭和62年
(1987年) 精神衛生法の改正。「精神衛生法」→「精神保健法」
任意入院が制度化される。
- 平成 5年
(1993年) 12月「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」が法律第94号として公布され、新たに障害者基本法が成立した。

精神保健福祉行政の歩み

平成 7年
(1995年)

2月10日に精神保健法の改正法案は、政府から国会に提出され、同年4月26日に衆議院において可決され、同年5月12日に参議院において可決、成立した。

精神保健法の改正

- 「精神保健法」→「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)
- 精神障害者保健福祉手帳の制度の創設
- 社会復帰施設、事業の充実
- 精神保健指定医制度の充実

平成 9年
(1997年)

大和川病院事件(入院患者不審死 26件)

精神保健福祉行政の歩み

- 平成11年 (1999年) 3月9日精神保健福祉法の改正法案は閣議決定の後、同月10日に国会に提出され、同年4月28日の参議院本会議における可決を経て、5月28日に衆議院本会議で可決した。
- 医療保護入院・応急入院のための移送制度が設けられた。
 - 精神障害者地域生活支援センターを法定化
- 平成13年 (2001年) 6月8日 池田小学校事件 (宅間守による小学生無差別殺傷事件。8名殺害、15名傷害)
- 平成14年 (2002年) 精神分裂病から統合失調症に病名変更
- 平成15年 (2003年) 5月には、精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が示された。
- // 医療観察法の成立

精神保健福祉行政の歩み

平成16年
(2004年)

9月には、精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示された。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」という基本的な方策を進めるため、

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、今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促すこととして、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示した。

平成25年
(2013年)

日本精神科病院協会提言で五疾病五事業開始

「障害者自立支援法」を「障害者総合支援法」とするとともに、障害者の定義に難病等を追加。

精神保健福祉行政の歩み

平成26年
(2014年)

精神保健福祉法の改正

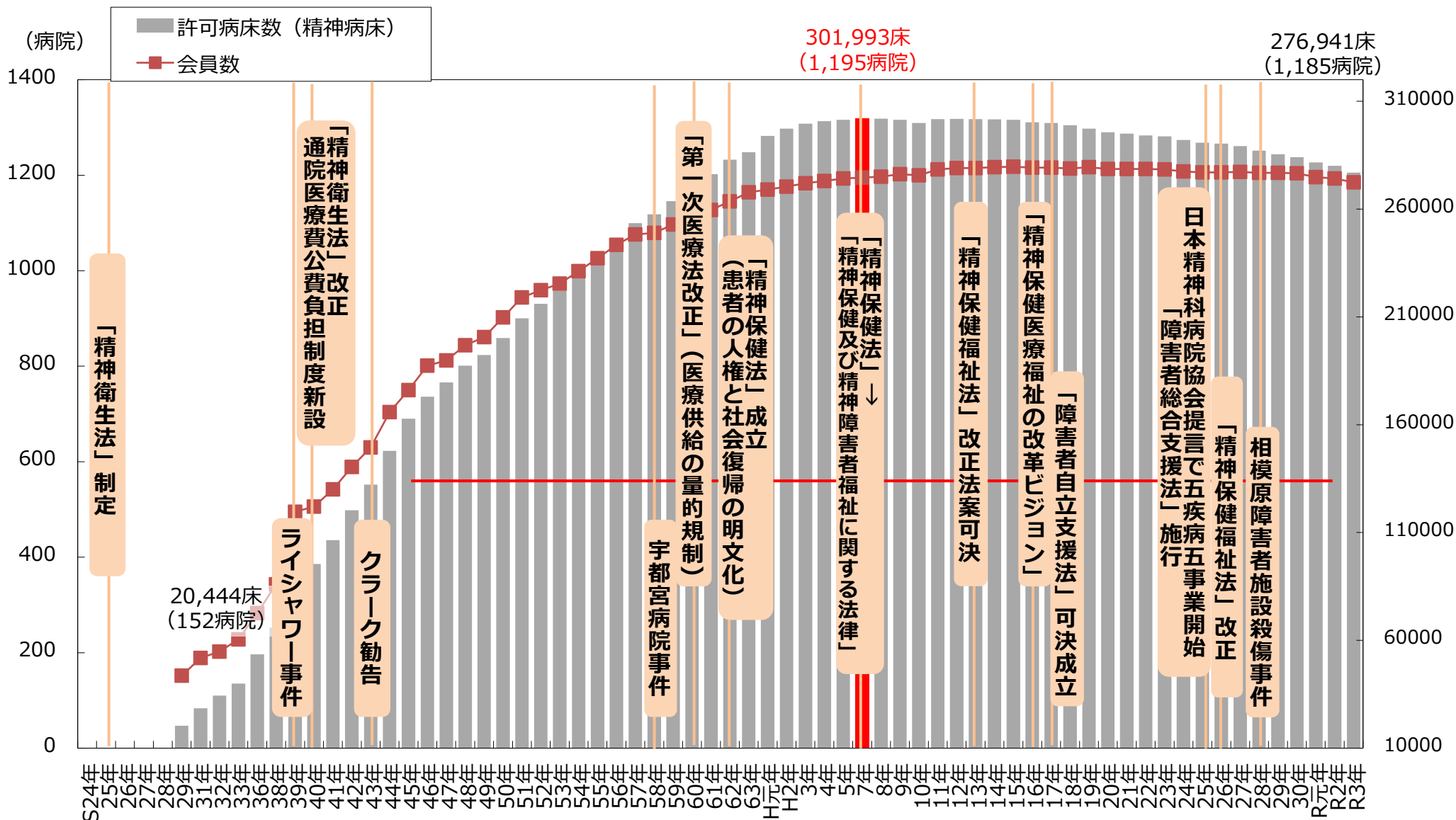
精神保健福祉法の改正の概要

1. 精神障害の医療の提供の確保に関する指針の策定
2. 保護者制度の廃止
3. 医療保護入院の見直し

平成28年
(2016年)

相模原障害者施設殺傷事件

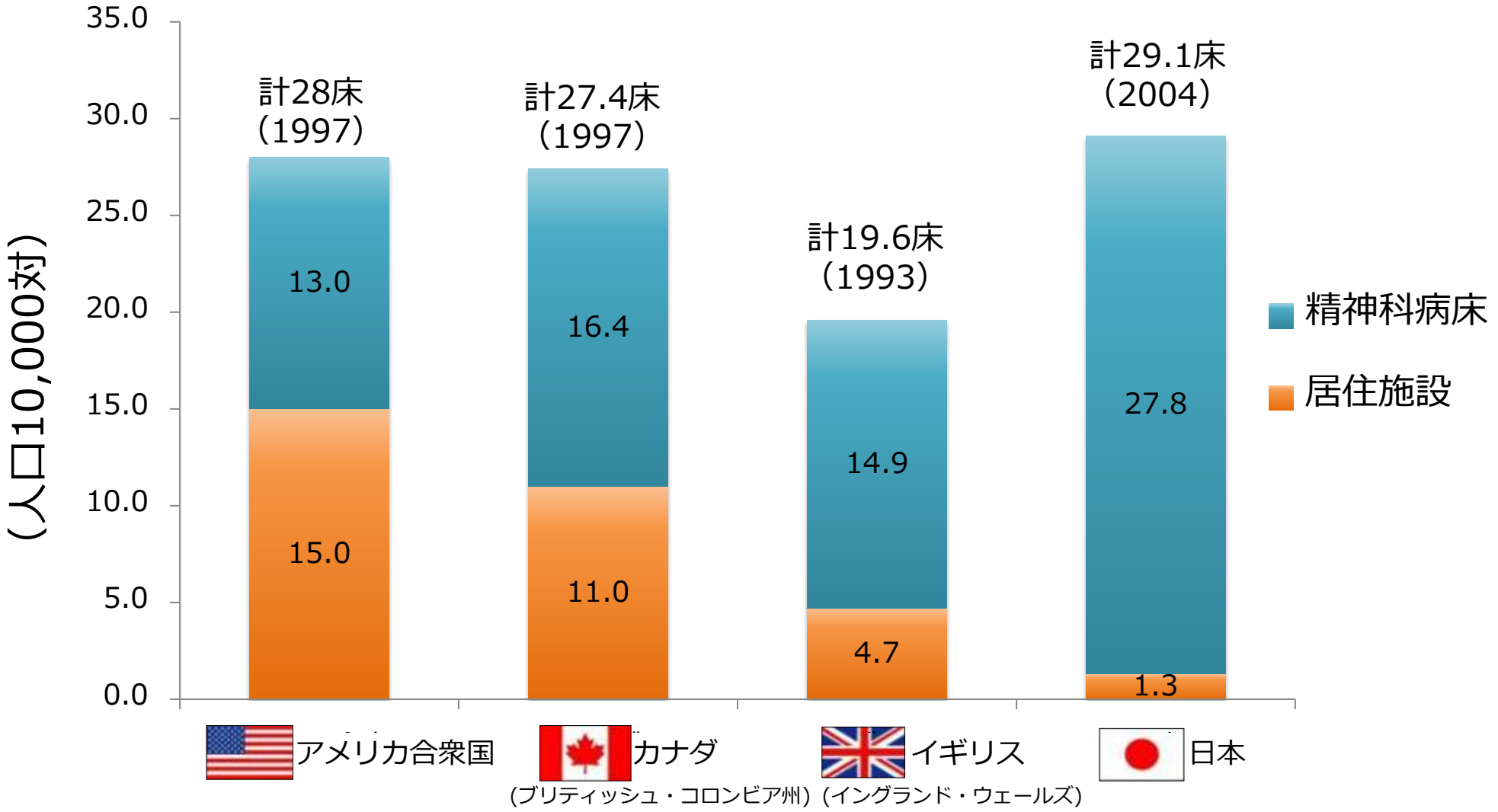
日精協 会員病院数と精神病床許可病床数の変遷



※ S24年～28年データなし

(日精協 会員名簿調査)

諸外国における精神科病床、居住施設入所者数とわが国の比較



② 精神科医療における 社会的偏見

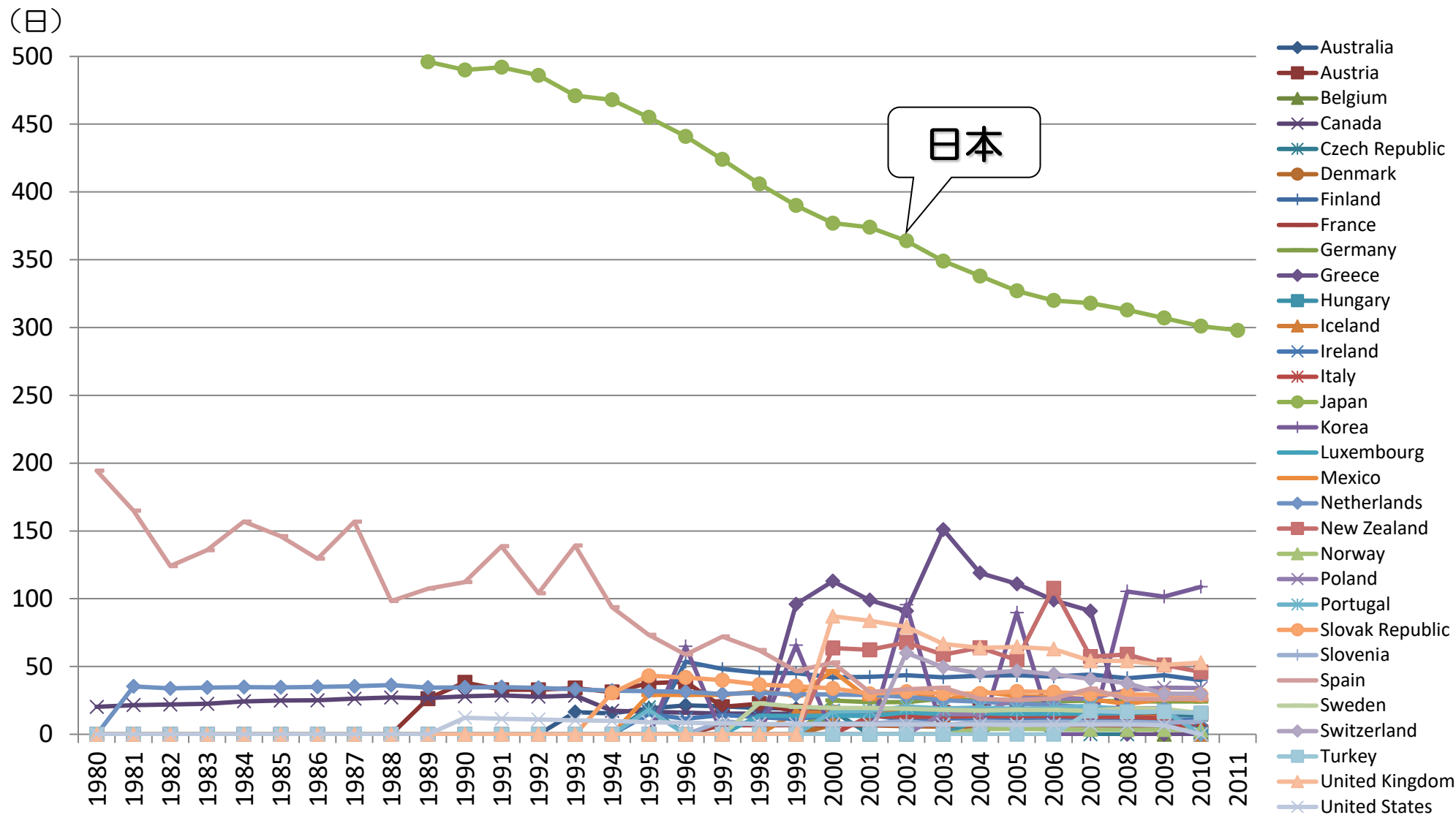
- (1) 日本の精神病床は本当に多いのか？**
- (2) 精神科病院に入院すると縛られるのか？**
- (3) 精神科病院に入院すると薬漬けにされるのか？**
- (4) 医療観察法は適切なのか？**
- (5) 精神障害者は雇用差別の中で尊厳のある地域生活を送れるのか？**

精神科病床の定義 - OECD Health Data (2008)

Psychiatric care beds in hospitals are hospital beds accommodating patients with mental health problems.

- Inclusion:
 - All beds in mental health and substance abuse hospitals
 - Beds in psychiatric departments of general hospitals and of specialty (other than mental health and substance abuse) hospitals
- Exclusion:
 - Beds allocated to non-mental curative care
 - Beds allocated to long-term nursing care in hospitals
 - Beds for rehabilitation
 - Beds for palliative care.

精神病床の平均在院日数推移の国際比較



※各国により定義が異なる

資料: OECD Health Data 2012

注) 日本のデータは病院報告より

(1) 日本の精神病床は本当に多いのか？

OECD Health Data 各国の平均在院日数算定病床種別

病床種別	国
① 急性期病床のみをカウントして慢性期病床数を除外	ルクセンブルク、ニュージーランド、カナダ、ベルギー、アメリカ
② 慢性期病床の多い民間病床数を除外	ニュージーランド、メキシコ、アイルランド、デンマーク
③ 慢性期病床がほとんどである州立病院を除外	アメリカ
④ 精神科病院を除外して総合病院・身体科病院の精神科病床のみをカウント	ノルウェー
⑤ 慢性期病院を除外するため平均在院日数30日以下の病院に限定	アメリカ
⑥ 平均入院日数90日以下の患者のみのデータを提供	アイスランド

(1) 日本の精神病床は本当に多いのか？

日精協会員病院のベッド数 内訳

救急・急性期・10対1・13対1以上 届出状況

	病棟機能	病院数	病床数
	精神科救急入院料1	106	7,778
	精神科救急入院料2	2	89
A	精神科救急入院料 計	108	7,867
	精神科急性期治療病棟入院料1	308	15,374
	精神科急性期治療病棟入院料2	11	591
B	精神科急性期治療病棟入院料 計	319	15,965
	精神病棟入院基本料 10対1	1	70
	精神病棟入院基本料 13対1	20	1,044
C	10対1+13対1 計	21	1,114
	A+B+C	412	24,946
		34.3%	8.8%
	日精協全会員・精神病床総数	1,201	283,355

身体的拘束

第4 身体的拘束について

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号))

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

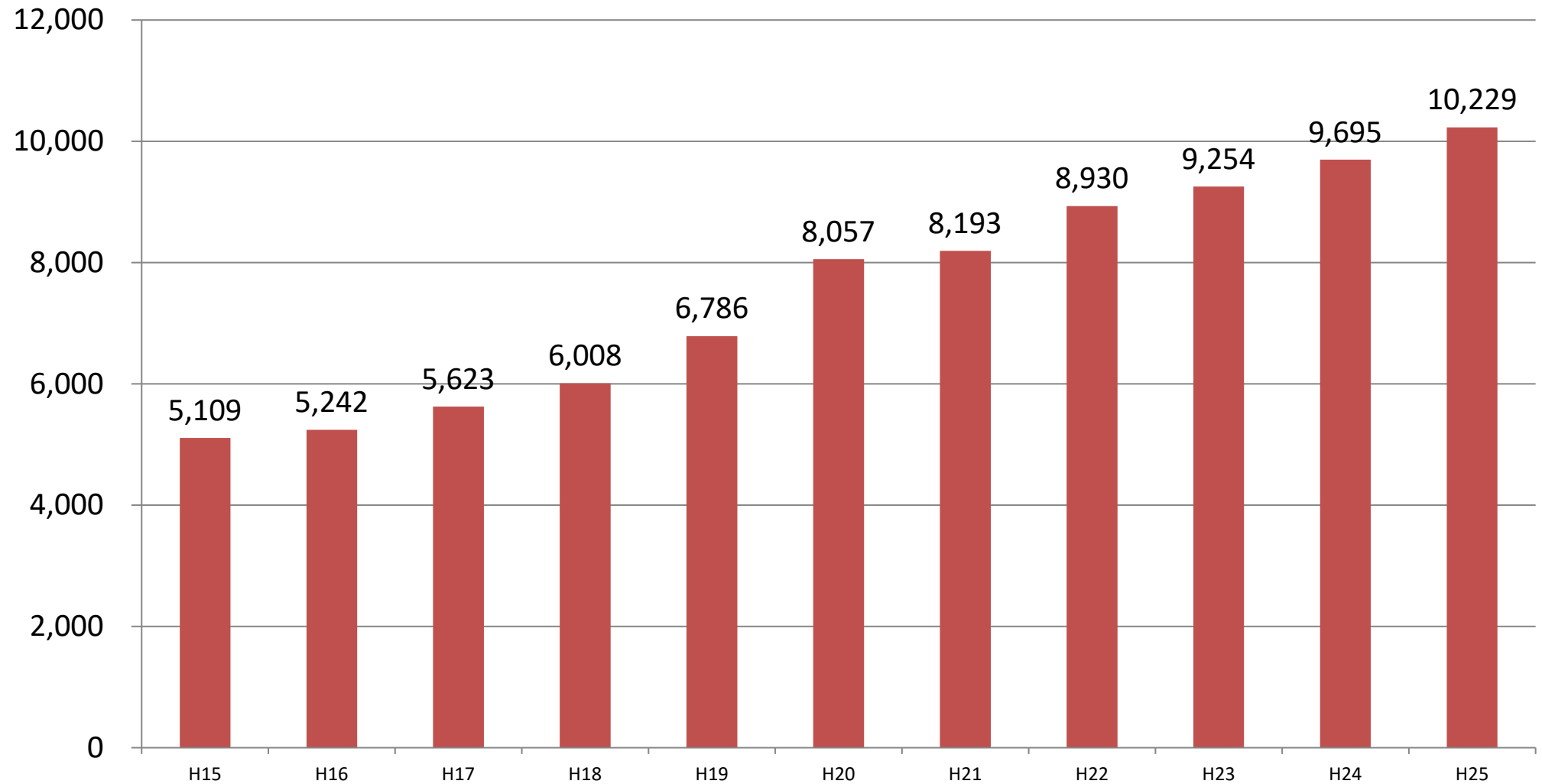
2 対象となる患者に関する事項(略)

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的診察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

身体的拘束件数

単位(件)



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

(2) 精神科病院に入院すると縛られるのか？

日経新聞
2015年4月11日(土)

介護施設「身体拘束」6万人

入所者の2.3% 虐待防止強化を

厚労省研究班

厚生労働省研究班による今年1～2月時点の調査で、特別養護老人ホーム(特養)などの介護施設に入所している高齢者の2.3%が、ベッドに縛り付けられるなどの「身体拘束」を受けていたことが10日、分かった。研究班は「全国で約6万人が被拘束状態にある」と推定。「不必要な拘束は虐待に当たり、早急に規制を強化すべきだ」としている。

調査は今年1～2月、国の特養や介護老人保健厚労省の事業としてNPO法人全国抑制廃止研究会(理事長・吉岡充上川)が実施。全

計約3万5千施設に調査票を送付し、約4分の1

に当たる9225施設から回答を得た。認知症の症状や治療への支障などを理由に拘束されている人の割合を施設別に分析。要介護度の高い高齢者を多く受け入れている介護療養型施設が12%と高く、入所者数が最も多い特養は1.5%、老健は2.1%、グループホームは1.8%だった。

研究班は、介護現場の人手不足があると指摘。施設の介護担当職員の仕事や労働量については、有効回答のあった約9千施設の56.9%が「厳しい」、8.7%が「過酷」といえるほど厳しいと回答。9.8%が「身体拘束を廃止したいが、現状では困難であきらめて

いる」と答えた。研究班は「拘束は認知症の悪化や身体機能の低下につながり、必要性の乏しい拘束は虐待と同じ」と指摘している。介護施設などでの身体拘束については2000年の介護保険制度創設に合わせて介護保険法に基づく運営基準で原則禁止とされた。例外的に①本人などの命が危険にさらされる可能性が高い②他に代替手段がない③一時的な拘束にとどめる3要件を満たした場合のみ認められている。

自分で降りられないようベッドを柵で囲む	47.1%
点滴の管を抜かないよう手袋を付ける	45.6%
車いすから立ち上がらないよう拘束帯などをつける	31.6%
転落しないようベッドにひもで縛り付ける	5.2%
徘徊しないようベッドや車いすにひもで縛り付ける	3.6%
行動を落ち着かせるため向精神薬を過剰に服用させる	1.7%

身体拘束をしていると回答した2196施設に具体的な方法を複数回答

で尋ねたところ、入所者が自分で降りられないようにベッドを柵で囲んでいるとした施設は47.1%だった。転落を防ぐためにベッドにひもで縛り付ける拘束は5.2%、行動を落ち着かせるため向精神薬を過剰に服用させているケースも1.7%あった。

研究班は、介護現場の人手不足があると指摘。施設の介護担当職員の仕事や労働量については、有効回答のあった約9千施設の56.9%が「厳しい」、8.7%が「過酷」といえるほど厳しいと回答。9.8%が「身体拘束を廃止したいが、現状では困難であきらめて

薬剤投与に関する調査結果

単剤処方・2剤処方患者 薬剤の使用割合(分母:病院毎の抽出患者数)

		全体	
		患者数	患者割合
① 抽出患者		2,270	100.0
② 2剤までの患者		1,781	78.5
	③ 単剤	1,091	48.1
	④ 2剤	690	30.4
⑤ 3剤以上の患者		292	12.9

※抗精神病薬の処方がない患者もいるため、②⑤の計と①は一致しない

(4) 医療観察法は適切なのか？

心神喪失者等医療観察法 (2005年施行)

第一章 総則

第一節 目的及び定義

(目的等)

第一条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによつて、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もつてその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

社会復帰を目的としているため、治療可能性(反応性)のある者が対象となる。

より重度な治療可能性(反応性)のない精神障害者の治療については、

措置入院という形で民間の精神科病院に委ねられている。

(4) 医療観察法は適切なのか？

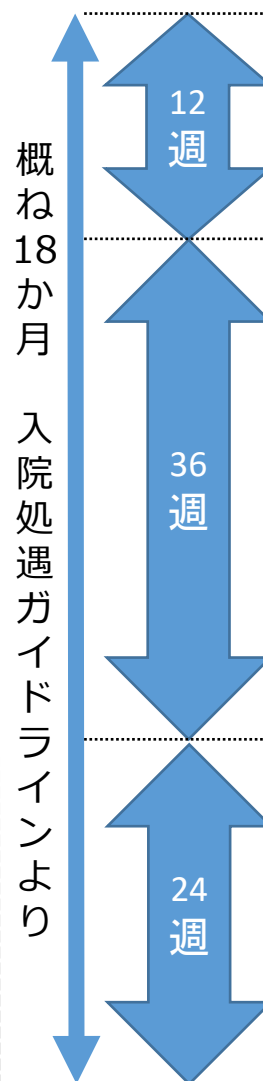
医療モデル・司法モデルの適切な運用

措置入院

精神科措置入院診療加算 2,500点

医療観察診療報酬(指定入院医療機関)

入院対象者入院医学管理料(1日につき) 平成30年度改正



イ 急性期入院対象者入院医学管理料 6,705点

注3 急性期入院対象者入院医学管理料について、入院決定日から起算して91日以上1年以内の期間にあつては、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない場合は、1日につき所定点数から1,170点を減算し、入院決定日から起算して1年を超える期間にあつては、1日につき所定点数から1,760点を減算する。ただし、他の指定入院医療機関から転院した日(以下「転院日」という。)から起算して90日を経過していない場合は、減算しない。

ロ 回復期入院対象者入院医学管理料 4,938点
 271日以上 4,818点
 1年90日超 4,718点

注4 ただし、転院日から起算して90日を経過していない場合、急性増悪等やむを得ない場合又は難治性精神疾患への高度な医療を新たに導入する場合は、減算しない。

ハ 社会復帰期入院対象者入院医学管理料 5,842点
 181日以上1年以内 5,532点
 1年超え1年180日以内 4,942点
 1年180日超 4,442点

注9 診察に係る費用(次のいずれかに該当するものを除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ 第2章の医療観察精神科電気痙攣けいれん療法に係る費用及び医療観察退院前訪問指導料

ロ 第4章特定治療料のうち、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科診療報酬点数表」という。)第2章第4部画像診断、第9部処置及び第10部手術であつて、1,000点以上のものに係る費用

ハ クロザピンの薬剤料

(5) 精神障害者は雇用差別の中で尊厳のある地域生活が送れるのか？

【障害者雇用率】

全国の障害者数

【単位：万人】

	身体障害者	知的障害者	精神障害者
総数	392.2	74.1	392.4

障害者の雇用状況

【単位：人】

	法定雇用率 達成割合	身体障害者	知的障害者	精神障害者
民間企業	50.0%	333,454.0	112,293.5	50,047.5
国	97.6%	6,655.0	191.5	746.5
地方公共団体	97.4%	8,242.5	120.5	270.0
教育委員会	84.4%	13,446.0	399.0	799.0
独立行政法人	78.3%	7,539.5	1,345.0	1,392.0

(5) 精神障害者は雇用差別の中で尊厳のある地域生活が送れるのか？

【平成29年度 障害者雇用数の訂正（平成30年8月28日公表）】

障害者雇用数の不正算入 33の行政機関のうち、27機関で国のガイドライン（指針）に反して不正算入があった。

【単位：人】

	報告数	実雇用数	不正算入
国税庁	1411.5	389	1022.5
国土交通省	890	286.5	603.5
法務省	802	262.5	539.5
防衛省	516	201	315
財務省	264.5	94.5	170
農林水産省	364	195.5	168.5
外務省	150	25	125
経済産業省	153.5	52	101.5
総務省	110	40	70
文部科学省	51	16	35
内閣府	56	29	27
厚生労働省	1442	1438.5	3.5
：	：	：	：
計	6867.5	3407.5	3460

(5) 精神障害者は雇用差別の中で尊厳のある地域生活が送れるのか？

【身体障害者と精神障害者 雇用差別】

雇用差別

身体障害者と精神障害者は、ほぼ同数の**392万人**であるのに、雇用率は大きな差がある。

	比率
民間企業	100 : 15
国	100 : 11
地方公共団体	100 : 3
教育委員会	100 : 6
独立行政法人	100 : 18

障害年金受給額と生活保護受給額(単身世帯) ※年額

障害基礎年金

1級障害

975,125円
+
子の加算額

障害厚生年金

(報酬比例の年金額)×1.25
+
配偶者の加給年金額

2級障害

780,100円
+
子の加算額

(報酬比例の年金額)
+
配偶者の加給年金額

3級障害

(報酬比例の年金額)
585,100円に満たない
ときは、585,100円

障害手当金 (一時金)

(報酬比例の年金額)×2
1,170,200円に満たない
ときは、1,170,200円

生活保護

生活扶助

912,000円

+

住宅扶助

644,400円

||

1,556,400円

※東京都に単身で住む
40代男性の場合