

8. わが国の精神保健の提供体制と平均在院日数に関する研究

研究協力者 竹中 英仁（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生）
青島 耕平（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）
主任研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

研究要旨

わが国の精神保健サービスは歴史的にも、充実したものとは言えないものであった。明治時代から太平洋戦争に至るまで、国全体が貧しく、社会的立場も弱い精神障害者が省みられることがなかった。伝統的に家族の果たす役割が大きく、精神障害者は家族のなかで処遇されるものとされた。簡単に精神保健の歴史について、触れてみたい。

現在の福島県に、相馬藩があり、廃藩置県で県令にもなった元藩主「相馬誠胤 Tomotane Soma」が、挙動不審の兆候を見せ、部下に切りつけるような行動を起こしたことから、父と親戚が相談の結果、1879年に座敷牢に閉じ込めることを決定した。1883年、元臣下を名乗る「錦織剛清 Takekiyo Nishigori」は、この幽閉は志賀直道一派のお家乗っ取りを画策する政治的策略によるものであると、告発した。ⁱⁱ 近代日本において、少なくともこの事件は精神病患者の処遇についての問題提起をおこしたものである。欧米列強に対し、日本が近代国家である証拠としての意味合いもあり、国全体をカバーする法律として1900年に「精神病患者監護法」を制定し、精神病患者を社会から隔離することで、社会の治安の維持を目指したものである。また、その法律では、「私的監置制度」を許し、これは1950年まで有効とされたことも注目される。

1919年には、精神病患者に対する国の責任についての保護と治療を盛り込んだ精神病院法が作られた。公的病院の建設を推進する法律であったが、1925（大正14）年の鹿児島保養院、1926（昭和元）年の大阪中宮 Nakamiya 病院、1929（昭和4）年の神奈川芹香院 Kinko-in、1931（昭和6）年の福岡筑紫保養院 Chikushi、1932（昭和7）年の愛知城山 Shiroyama 病院が設置されただけであった。健民健兵の思想も相俟って、精神障害者に対する施策に予算を重点配分するということがなかった。その後も予算難から公立精神病院の設置は進まず、民間精神病院がサービス提供者の中心となっており、現在のように精神病院の83%が民間となっているのもわが国の特徴である。

1950年「精神衛生法」が制定され、病院以外での監置を認めない、また精神病患者だけを対象にしないで、精神障害者を含める法律に変わった。

1964年、ライシャワー大使（Edwin Oldfather Reischauer, the US Ambassador to Japan）が、精神障害者の入院歴のある19歳の少年に大腿部を刺される事件が起きた。それは、その後、日本が文明国であることを示すために、精神障害者の隔離を強化するものとなった。このころ欧米では、すでに脱施設化が始まり、精神病床の削減に着手しはじめていた。わが国では、1965年の精神病床数は17万2,950床であったが、1994年には36万2,847床と大きく増加したものである。1965年には法律が改正され、精神衛生センターを設置し、保健所に精神衛生の業務責任が課されるものとなった。

1984年に発覚した「宇都宮病院事件」では、看護師や病院関係者による入院患者に対する暴行がなされていることが明らかになった。障害者の人権の侵害に対し、国内外から苦情が寄せられた。その結果、1988年には、精神保健法を制定することになる。これは、すでにあった2つの障害者、身体障害者と知的障害者に加えて、精神障害者が国の責任において福祉の対象となることを明確にしたものである。

2001年6月8日には、宅間守による大阪教育大学附属「池田小学校事件」が起こった。宅間は精神障害の既往歴があり、精神障害者による犯罪の不安が高まった。その結果、医療観察法が2003年に制定され、他に重大な危害を及ぼした精神障害者に対して、裁判官と精神科医の判断により、精神病院に入院か通院を決定することができることとなった。ⁱⁱⁱ

また、2003年の医療費全体31兆円(US\$258 Billion)においても、「精神及び行動の障害」による入院医療費は1兆3699億円(US\$11.4 Billion)と高く、循環器、がんに次ぐ第三番目の入院医療費となっている。

以上のようなことから、精神保健の提供体制を適切に構築し、医療費の適正化を進めるためにも、平均在院日数を調査することは、今後の施策決定の基礎資料の収集の観点から重要である。(なお文中の金額の表記においては、1ドル=120円として計算し、表示している。)

A. 目的

なぜわが国では精神障害者に対して、平均在院日数が極めて長い300日を超える状況のまま放置されているのかを検証することと、その対策を今後の医療保健政策に提言することを目的とする。

B. 方法

わが国において平均在院日数の計算法は、毎年6月に行われる「病院報告」に基づいて、以下のような計算式によるものとされる。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数}) \times 1/2}$$

一般的に、年間新入院患者数と年間退院患者数は大きく変わらない傾向があるので、上記の式は年間在院延べ数を年間退院患者数で割った値、つまり1退院患者あたりの平均在院数を近似的に計算していると考えられることができる。すべての患者が1年間以内に退院した場合、平均在院日数が365日を越えることはない。しかし、平均在院日数が365日を越える都道府県は実際には多く、長期入院者が多く存在するところと少ないところがあることがわかる。

この計算式からもわかるように、1年以上の入院患者はすべて同じ重みづけになっており、たとえば20年以上の超長期入院患者と、入院期間が1年の入院患者による差がでないこととなる。この点は十分に配慮して、数字を利用することが必要である。また、3年毎に9月に行われる「患者調査」においては、9月の1か月間に退院した患者の平均入院期間を計算しているが、退院できない長期入院患者の在院期間は無視されることは同じく、入院の実態を反映しにくいという点が残る。また、平均在院日数を短期化することが、入院基本料を算定するための要件であるから、病院は長期入院患者を退院させることではなくて、短期の入退院を増やすことでその要件に合わせるという、計算式からの逆算での本末転倒的な行動もあると見られる。^{iv} このような問題点を理解しつつ、統計解析した。

各都道府県別の精神障害者の平均在院日数をアウトカムとして、その要因と考えられる外部環境や社会経済指標をもとに解析した。まず、平均在院日数が365日以上とそれ未満の都道府県で2つのグループを構成した。これは群馬県が47都道府県のメジアン361日を示したことで、上位と下位にも相当するグループである。そのグループ間において、各変数の平均値に統計的な有意差があるかを検討した。都道府県ごとの人口、精神病院数、

在院患者数、ICD-10 の精神疾患分類別などの変数を解析した。データは厚生労働省と統計局の公開された数字である。

平均値の比較では、まずグループ間の等分散性の検定を実施し、分散の不均一性がみられる変数については、Welch の検定を実施し、そうではない場合には2標本 t 検定を実施した。なお、都道府県については東日本と西日本に分けて（滋賀県より先を西日本とする）、ピアソンのカイ 2 乗検定を実施した。いずれも両側検定を実施し、有意水準は 5%とした。上記の解析後、選択された変数間でピアソンの相関係数を算出した。さらに多重共線性を考慮した上で重回帰分析による検討も行った。変数選択にはステップワイズ法を使った。解析には SAS 9.1.3 を用いた。

C. 結果

東日本と西日本に分けて、ピアソンのカイ 2 乗検定を実施した結果、表 1 のようになった。表 1 より、西日本の方が平均在院日数は長く、東日本の方が短かった。カイ 2 乗検定を実施したところ、p 値は 0.0288 であり、統計的に有意であった。

表 1 平均在院日数と地域との関連性(都道府県数)

地域	平均在院日数 1年以上	平均在院日数 1年未満	合計
西日本	15	8	23
東日本	8	16	24
合計	23	24	47

図1は地区別の平均在院日数を示した。特に九州・沖縄と四国の平均在院日数が高かった。

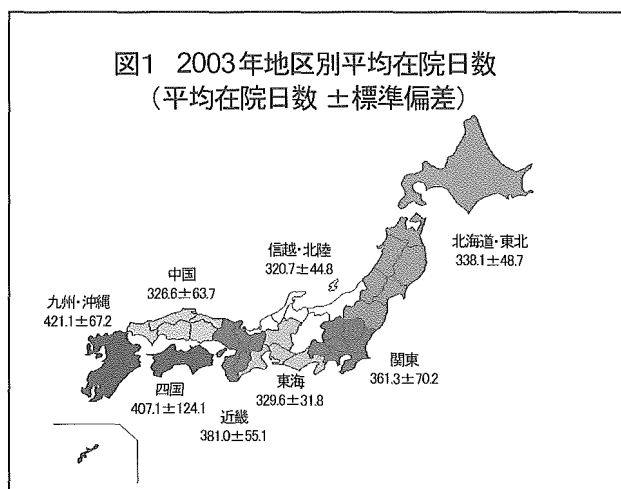


表2に示すのは、精神障害者社会復帰施設数および定員についての解析である。項目を在院患者数で割り、率にして解析を実施した。表2より、精神障害者社会復帰施設およびその定員の率が低いほど、平均在院日数が有意に長かった。

表2 平均在院日数と精神障害者社会復帰施設の施設数および定員との関連性 (平均±標準偏差)

施設数と定員	平均在院日数	1年以上	平均在院日数	1年未満	p値
施設数	0.0029 ± 0.0013		0.0043 ± 0.0020		0.007
定員	0.0395 ± 0.0189		0.0582 ± 0.0269		0.006

表3に示すのは、10万人当りの精神病床数および患者数についての解析である。表3より、10万人当りの精神病床数および患者数が多いほど、平均在院日数が有意に長かった。

表3 平均在院日数と10万人当りの精神病床数および患者数との関連性 (平均±標準偏差)

10万人当り病床数と患者数	平均在院日数	1年以上	平均在院日数	1年未満	p値
精神病床数	362.89 ± 134.58		297.17 ± 76.59		0.048
患者数	336.99 ± 122.43		267.67 ± 73.62		0.025

表4に示すのは病院区分についての解析である。項目を精神病院数で割り、都道府県別の精神病院数の違いを調整した。この結果、法人病院および指定病院の率が高いほど、平均在院日数が有意に長かった。

表4 平均在院日数と病院区分の関連性 (平均±標準偏差)

病院の区分	平均在院日数	1年以上	平均在院日数	1年未満	p値
法人病院	0.7828±0.0885		0.7152±0.0878		0.012
指定病院	0.6654±0.1109		0.5760±0.1597		0.032

表5に示すのは入院患者の年齢と性別についての解析である。項目を患者総数で割り、率に変換して解析した。この結果、20歳未満の女性、20-40歳未満の女性および20歳未満男女の患者の率が低いほど、平均在院日数が有意に長かった。なお男性では、有意差がなかった。

表5 平均在院日数と入院患者の年齢および性別の関連性 (平均±標準偏差)

年齢および性別	平均在院日数	1年以上	平均在院日数	1年未満	p値
20歳未満女性	0.0025±0.0011		0.0038±0.0017		0.003
20-40歳未満女性	0.0392±0.0093		0.0446±0.0083		0.040
20歳未満男女	0.0047±0.0019		0.0070±0.0038		0.013

表6に示すのは、精神疾患の症状についての解析である。それぞれの精神疾患症状を有する患者数を総患者数で割り、率に変換して解析を実施した。この結果、気分(感情)障害、神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害、および生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群の率が低いほど、また知的障害(精神遅滞)の率が高いほど、平均在院日数が有意に長かった。

表6 平均在院日数と精神疾患症状の関連性 (平均±標準偏差)

精神疾患症状	平均在院日数	1年以上	平均在院日数	1年未満	p値
気分(感情)障害	0.0601±0.0124		0.0768±0.0153		0.000
神経症性障害*1	0.0178±0.0046		0.0253±0.0084		0.001
生理的障害*2	0.0016±0.0011		0.0028±0.0013		0.001
知的障害(精神遅滞)	0.0311±0.0110		0.0244±0.0097		0.033

*1 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

*2 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群

上記の解析後、選択された変数間でピアソンの相関係数を算出した。その結果、20-40歳未満の女性数と10万人当り精神病床数(-0.71)、または患者数(-0.74)というやや強い負の相関を持っていた。

表7は重回帰分析の結果である。指定病院以外の項目でパラメータに有意差がみられた。気分(感情)障害の患者率が低く、知的障害(精神遅滞)の患者率が高く、20歳未満の女性の患者率が低く、神経症性障害の患者率が低い都道府県において、平均在院日数が長い傾向があることが示された。指定病院については、有意差は認められなかったが、傾向は示された。

表7 重回帰分析の結果

変数	パラメータ推定値	標準誤差	p 値
気分（感情）障害	-1272	505	0.0158
知的障害（精神遅滞）	1716	661	0.0130
20歳未満女性	-10983	4884	0.0300
神経症性障害*	-2180	1065	0.0471
指定病院	99	50	0.0547

*神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

D. 考察

1. 平均在院日数について

Johnstone¹⁾は、重い精神障害者の計画的なショートステイ入院患者の方が、つまりは短期の入退院の方が、就職までできるという点で、患者にとって有益であると報告している。

結果でも示されたが、平均在院日数が西日本（平均377.0日）の方が東日本（平均327.9日）よりも長い。特に顕著なのは徳島県の574.5日、鹿児島県の556.7日が長く、一方、東京都の253.8日、長野県の269.1日が短い都道府県であった。西日本では大阪への出稼ぎ、東日本では東京への出稼ぎという就労過程で影響を受けたのではないかと考えられる。高度経済成長による影響については、竹島²⁾と小山³⁾が指摘するように、「過疎化が進んだ都道府県においては都市に出て発病して出身地に帰ったものがあるうえ、人口減少と地域社会の弱体化・崩壊によって支えを失って長期在院となった患者が相当数いると推定される。その流れの中で、病床数の増加がはかられ、その病床数にあわせて医療サービスが提供され、入院患者数の増加を示したことも付記される。」このような都道府県のそれぞれの理由があるにせよ、西日本の長期化は是正されることが必要である。

2. 精神障害者社会復帰施設数と定員について

精神障害者社会復帰施設である精神障害者生活訓練施設、福祉ホーム、通所授産施設、入所授産施設、福祉工場、小規模通所授産施設、地域生活支援センターの設置数は2004年10月1日現在で、全国合計1530箇所、定員21670名となっている。表8は精神障害者社会復帰施設（Social Rehabilitation Facility for the Mentally Handicapped）の分類、施設数、定員、利用者数を示したものである。

表8 Social Rehabilitation Facilities for the Mentally Handicapped

Facility	Number	%	Capacity	%	User	%
精神障害者生活訓練施設	274	18%	5,671	26%	4,225	20%
精神障害者福祉ホーム	212	14%	2,950	14%	2,432	12%
精神障害者入所授産施設	29	2%	784	4%	650	3%
精神障害者通所授産施設	261	17%	6,092	28%	6,373	30%
精神障害者小規模通所授産施設	306	20%	5,685	26%	6,893	33%
精神障害者福祉工場	18	1%	488	2%	404	2%
精神障害者地域生活支援センター	430	28%	NA	NA	NA	NA
Total	1,530	100%	21,670	100%	20,977	100%

(as of October 1, 2004)

現在の施設の中では、精神障害者福祉ホームが3年での見直しとその更新で長期の居住が一般的には可能となっているが、精神障害者生活訓練施設が2-3年以内、精神障害者入所授産施設は個別に決定されるという、居住期限を限定した施設があり、表8からそれらの定員の合計は8621名である。また、2002年から実施されている市町村による精神障害者居宅生活支援事業でのグループホーム事業とショートステイ事業による受け入れ施設も徐々に増加している。2002年度ベースでグループホームが5,225人分とショートステイが218人分の設置が行われている。しかし、受け入れ態勢が整えば退院可能な72,000人の精神障害者の数と比較しても、施設数は不足していることがわかる。イタリアでの例では、ひとつの精神病院の閉鎖による退院者のうち、約6割がcommunity-based residenceに入り、残りの4割がnursing homeに移ったと報告されている。^{vi} スウェーデンでは、72%がown housing(with or without support from Social services)、10%がaccommodation within social services、8%がliving with other/shared housing、8%がinstitutions(mostly nursing homes)との報告がある。^{vii} わが国の法定社会復帰施設の問題は、もっと利用期限のない居住型福祉施設、ケアつき住宅を増やすことが重要である。これは、入院患者の高齢化、核家族化、少子高齢化による家族による受容力低下も加わり、都市で生まれて帰る出身地がない都市住民にとっても不可欠な施設である。そして、法定施設の人員基準が不十分であり、とくに夜間の職員配置ができずに、利用者・設置者ともに安心して利用・運営できる補助費体系になっていない。なお精神障害者社会復帰施設の2004年度の運営費「精神障害者社会復帰施設等運営費」は208億円(US\$173 Million)となっており、一定員当たり年間約96万円(US\$8000)の社会福祉費に該当する。^{viii} 精神障害者福祉施設を知的障害者施設や身体障害者施設と同様に自立的に運営できるだけの補助費体系を確立する必要があったことを示している。後述する「障害者自立支援法」の動向にもよるが、これまでの不十分なままの精神保健施策を認識しつつ、精神科医療と福祉のプライオリティを高めて予算対策を充実することが重要である。^{ix}

結果からも見られたように、施設数と定員が多いところには、保健師などが中心となって、施設への誘導がなされ、入院期間を短期化させていると言われる。先行研究においても、①スタッフ数が充足されている病院ほど入院患者の平均在院日数は短い②地域活動が盛んな病院ほど入院患者の平均在院日数は短い、と報告されている⁴⁾。

一方、「入院期間の割合の違いは社会復帰施設の充実度とはあまり関係ないようである」との指摘も存在する。これは、病院の外部環境によるものではなく、精神病院自身の努力で解消できることだと言う⁵⁾。漫然とした治療による長期化は避けなければならないのは当然のこととしても、包括的支払い方式の導入なども視野に入れつつ、個別の患者に即したかたちでの対応がおろそかにされることがないようにすることが重要である。

同時に、家族を含め、受け入れ体制や行政の不備、再発再燃による危険性、非経済性など、退院させられぬ理

由を挙げるだけでなく、それでも退院につなげていくのが精神病院の本来の役割であると考え、という精神病院関係者の指摘は重要である⁶⁾。また、施設の利用に際しては、精神障害者ピアサポートワークショップの開催により、精神障害者当事者の自己肯定感を高めることができた⁷⁾とか、施設利用者の積極的な参加も意義あることが紹介されている。受け入れるコミュニティー(地域社会)が精神障害者との共存を自然と受け入れるように、努力・工夫がなされている地域がある一方、偏見・差別といった障害者に対する拒否感が強くなかなか進んでいない地域もある。このような事柄において、地方自治体はもっと踏み込んで活動することが肝要である。精神障害者関連施設の建設に対して、わが国では住民による反対運動がしばしば起こる⁸⁾。行政は積極的に介入し、施主側と住民側という争いではなくて、地域社会としての相互扶助と進んだ福祉国家社会建設のためにも、精神障害への理解を促すと同時に不安要因を取り除くために施策を打ち出すことが必要である。

3. 「障害者自立支援法」 Disability Independence Support Benefit Act 成立

2005年に成立した「障害者自立支援法」においては、概ね5年の移行措置期間を経て、身体・知的・精神の3障害を一元化して、市町村による実施を方向づけるものとされる。3障害あわせて現在33種類に分かれた施設体系があるが、これを再編する予定である。表9のように「日中活動」支援と「居住」支援に大きく分けて、地域との融合を図ることに重点を置く。「日中活動」の支援事業は、大きく6つに分けられる。^{*} 既存の精神障害者社会復帰施設においては、引き続き精神障害者ケアに強みを有することで、利用者にアピールをしていくと予想される。3障害の一元化においては、施設サイドが共通してできることと、できないことを明確にして、利用者にとってわかりやすく、サービスを受けやすくすることが望まれる。

表9 日中活動と居住支援の内容

日中活動	居住支援
介護給付事業：①医療型の療養介護②福祉型の生活介護	グループホーム ケアホーム 福祉ホーム
訓練等給付事業：①機能訓練・生活訓練の自立訓練②就労移行支援③雇用型・非雇用型の就労継続支援、	
地域生活支援事業：①地域活動支援センター	

4. 精神病床数について

全国の病床数は2003年現在、182万212病床あり、そのうち精神病床数は35万4,448病床(19.5%)となっている。精神病床数は1955年に4万4,250病床あったものが、1994年に36万2,847病床まで増加し、現在は徐々に減少しているが、その速度は遅い。これまで病院にとっては、入院者は出来高払いの対象であり、2002年のあるひとつの精神病床は年間で514万円(US\$43000)の医療収入(措置入院と医療保護入院に対する公的補助を含めて)があったと報告されている。その額が極めて高額であるというわけではないが、病院経営にとっては、安定収入であることは否めない。このようなことで、民間の精神病床数は著しく増加したものと見えよう。

日本の精神病床数が多く、たとえばアメリカのそれが少ないのは、触法精神病床とスキルドナーシング施設(skilled nursing facility SNF=長期療養の閉鎖施設、また mental health rehabilitation facility MHRFなども対応する)が含まれていることが大きい。隠れた病床数が実際は存在しており、精神病床と居住施設を合算すると、アメリカと変わらない。さらに、SNFなどの居住施設の医師は非常勤でもよいとされている⁹⁾。また、諸外国と精神病床数を比較する場合、わが国はアルツハイマー型と血管性認知症、知的障害、触法精神障害者を含んでいる。また、急性期、慢性重症、リハビリテーション、治療・ケアつき住宅、触法精神障害まで同じ精神科病

院で処遇する。このようなことから、医療の分野に含めないことで、アメリカをはじめ諸外国では、わが国よりも入院患者数が少ないといえる。病院という名の下にすべてを同じ統計に入れ込むわが国のデータと諸外国のデータには大きな違いがあることに注意せねばならない¹⁰⁾。

OECD データ(1987年)に基づいた9か国(フィンランド、ノルウェー、オランダ、デンマーク、スペイン、ポルトガル、アメリカ、オーストラリア、日本)での比較において、人口[1000人]当たり病床数と平均在院日数には関連性がないという国際比較が行われているが、今回の都道府県レベルの比較では関連性が見られている¹¹⁾。このことは、既述のとおり、データの整合性、計算式などの違いから来るものと、そのうえ、治療方針や保険制度による違いの影響が与えられているものと考えられる。

72,000人が「受け入れ条件が整えば退院可能」として、数値目標として挙げられ、病床数の削減を目指すことを含めたものである。しかし、これに対して、現実には、その中の統合失調症患者の多くは「人格が荒廃したうえに被害関係妄想が遷延し、現実検討能力が著明に低下しているために退院の展望が開けない」入院患者が含まれているということが指摘される¹²⁾。また「厚生労働省は病院のベッドを減らして、なんらかの社会復帰施設に転換する計画を打ち出すが、急激な減少は、行き先のない精神障害者が出てくることは明白である。アメリカの悲劇を繰り返すのではないかと危惧される」という指摘もある¹³⁾。また、米国の大都市であるニューヨーク、ロスアンゼルス、シカゴ等においてはストリート・ピープルが社会問題化していることも報告されている¹⁴⁾。海外における病床削減の実施においては、やはり地域保健サービスでカバーしたことが指摘される。わが国の現状では、精神障害者社会復帰施設の定員が約2万人しかなく、在宅での受け入れ体制も十分にモデル化されておらず、72,000人という「退院可能」患者を吸収できるものではないといえよう。

5. 心のバリアフリー

わが国においては、精神医療の分野で「脱施設化」から地域型の精神医療・保健・福祉サービスに転換することが非常に遅れたといえる¹⁵⁾。1968(昭和43)年にクラーク勧告¹⁶⁾を受けたにもかかわらず、活かすことができなかつたことは残念である。クラーク勧告では、長期入院患者の増大を指摘、積極的な治療とリハビリを社会復帰施設で行うこと、精神療法に対しての診療報酬の増加させること、など7つの点について、現在でも十分に提言となるものである。病床数では、約20%を占める精神医療であるが、医療費のなかでは2003年度、約1兆8,000億円(約6%)しか、精神医療に対して向けられていない。診療報酬では、他の科に比べて3分の1から半分くらいになっているのが現状である。クラーク勧告から約40年経とうとしているわけであるが、今一度、社会システムとして考察したい。

どの国においても、一般的に公衆衛生が取り上げる疾病が感染症を中心としたものに重点が置かれ、精神の問題は、医療政策の中で、比較的、優先順位の低いものであったといえる。

2001年WHO「世界保健報告」には、精神医療改善のための勧告や行動基準において、「公衆衛生としての精神保健の推進であり、単科の精神病院を主体とした精神保健医療の時代の終焉である。精神病院を縮小し、精神医療サービスを地域で提供することが、世界的な流れであり、一般住民への啓蒙活動の推進、偏見の除去、家族、ユーザーとの協力などが重要な活動目標になっている。病院中心の精神医療の時代から、地域精神医療の時代、さらには利用者参加の時代への変化である。精神医療サービスの中核として長い間位置づけられてきた精神病院は、精神医療の多様化に伴い本質的な変化を迫られている。」¹⁷⁾ グローバルに見れば、このような指摘も先進諸国において着実に具現化している。

わが国は、障害者対策にたいする法律もまだまだ努力目標型のものが多いため、実態が伴わないものも多いといえる。たとえば、障害者雇用促進法で、企業は雇用者の1.8%に当たる障害者を雇うように求めている。ドイツは6%である。雇用率を満たさない企業はペナルティとして、未達成の人数1人当り月5万円を政府に支払う

ことになっている。また障害者を雇い入れる事業主に対しての助成金（一人当り月額最高2万7千円、それ以外2万1千円）を日本障害者雇用促進協会から支払われることも同時に行っているが、実態は障害者の名義を借りて雇用しているように見せかける不正行為があったり、雇用率を達成しない大企業の名前の公表などは先送りされたりして、本来の効果を発揮しているとは考えられない。また、障害者基本法に「差別をしたら罪になる」という条項がない¹⁸⁾ということ、差別に対しても厳しい社会にはなっていない。

千葉県においては、わが国初めての「障害者差別禁止条例」を制定する予定であると発表された¹⁹⁾。同様の法律は、全世界40カ国以上で制定され、国連は2001年に、日本に勧告しているものでもある。この条例の要綱案では、「差別解消委員会」を設置し、悪質な事案については、同委員会の通告に基づき知事が当事者への勧告や名前の公表をするというものである。2006年最初の県議会に条例案を出し、2006年10月施行を目指す。2004年7月に千葉県では「障害者地域生活づくり宣言」を提出し、対象者を「身体・知的・精神」障害者のみならず、「日常・社会生活で継続的に制限を受ける状態」と定義し、広く障害者手帳を持たない人も含めたところにも特徴がある。差別は、医療、雇用、教育など生活全般の計8分野で具体的に示されている。入店拒否や診察拒否といった日常的に傷つけられている障害者は多い。罰則で差別禁止を強制するのではなく、障害への理解を広め「心のバリアフリー」を指向する。差別解消委員会は、別機関を設置して、制度や慣習など根本的な問題の解消にも取り組むなど、地域社会が障害者や多様な人々を受け入れる「ソーシャル・インクルージョン（社会的包括）」の理念が示されており、今後の地域社会のあるべき姿のモデルケースとして、注目したいと考える。

6. 民間での医療・保健提供体制強化

精神保健の提供体制は、医療と福祉の融合と連携、それらの両面から構築されなければならない。わが国は現在、小さな政府を目指しており、民間でできることは最大限、民間で行うこととされている。しかし、医療や福祉の中で、不採算性の高い分野については、セイフティーネット、ナショナル・ミニマムとして、国や地方自治体が責任ある対応を取ることが必要である。

わが国の医療・福祉の分野では資本市場から資金調達を直接行うことは、まだ少ない。資産の証券化を進めることが必要である。米国では証券化の歴史も古く、医療・福祉施設も例外ではなかった。事実、老人ホームや障害者用ケア付き住宅の施設を不動産投資信託（REIT:Real Estate Investment Trust）によって、資本市場から資金を調達して、それらの施設に資金投入している。米国の一般REITは2005年11月末現在、約200本上場しており、市場規模は約40兆円、とくに医療や福祉を専門にしたヘルスケアREIT（Healthcare REIT）は14本上場しており、市場規模約2兆円という状況である。わが国においても、ヘルスケア特化型はまだないが、一般型で28本上場しており約3兆円規模に達している。医療分野での株式会社化を無制限に進めるのではなく、医療従事者のもつ奉仕の精神など、資産化しにくい面に十分配慮し、不動産施設や医療福祉機器などをはじめ退院患者の住居整備のための資産に対して証券化を行い、資本市場の利用を考えることは今後の小さな政府の実現のためにも有効であると考えられる。

E. まとめ

地理的情報も検討した結果、精神障害者社会復帰施設の施設数と定員を増やし、10万人当りの精神病床数を減少させる必要のある都道府県がある。精神病院の隔離収容から脱入院医療への変革が必要である。「心のバリアフリー」化は啓蒙だけでなく、社会システムとして構築する必要がある。医療・福祉に資本市場から資金を調達できるように整備し、日本型ヘルスケアREITの創設が望まれる。

参考文献

- 1) Johnstone P, Zolese G. Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health. *BMJ* 1999;318:1387-1390.
- 2) 竹島正 精神病床の機能にもとづく基準病床数の算定式のあり方について *保健医療科学* 2004;53:45-53.
- 3) 小山智典 精神医療改革と地域格差 精神科病院の地域格差 *精神医療* 2005;38:8-16.
- 4) 細見潤・中尾裕之・今井博久 精神科病院の平均在院日数に関する因子分析『精神保健福祉ガイドブック』作成を通して *九州神経精神医学* 2002;48(3-4):215-216.
- 5) 石田昌宏 精神保健看護データブック 4 入院期間の長さは社会復帰施設の多少と関係ない? *精神科看護* 2003;127:85.
- 6) 堀川公平・堀川百合子 いかにして4年で平均在院日数が1/13(168日)に、平均在院期間が1/34(4年)になったか 野添病院における医療改革の試みから *病院・地域精神医学* 1999;42:164-166.
- 7) 田村ひろみ 精神障害者の地域生活支援事業への取り組み *地域保健* 2005;36(2):72-78.
- 8) 社団法人日本精神科病院協会 これからの精神医療のあり方基本計画 *日精協誌* 2003;22:109-110.
- 9) 長尾卓夫 精神病床の機能分化に向けて *精神誌* 2004;106:1166-1170.
- 10) 社団法人日本精神科病院協会 これからの精神医療のあり方基本計画 *日精協誌* 2003;22(6):105-136.
- 11) Pillay Y.G. International Comparisons: Selected Mental Health Data, *Psychological Reports* 1992;71:723-726.
- 12) 花井忠雄 当院の精神療養病棟の実態と今後のあり方 *日精協誌* 2002;21:12-21.
- 13) 太田正幸 21世紀の精神科医療 21世紀における民間精神科病院の役割 *日精協誌* 2002;21:46-47.
- 14) 仙波恒雄 精神科病院の現状と長期入院者対策 平均在院日数の国際比較考を含む *日精協誌* 2000;19:599-601.
- 15) 伊勢田堯 クラーク勧告の意味するもの—歴史的検証— *月刊ノーマライゼーション障害者の福祉* 2000;20(228):8-47.
- 16) Clark DH 著、秋元波留夫ら訳 *精神医学と社会療法* 東京:医学書院;1982:196-229.
- 17) 新福尚隆 世界のメンタルヘルス メンタルヘルスの現状 世界と日本 *教育と医学* 2003;51(1):4-13.
- 18) 小倉昌男 障害者に働く場を与えてこそ福祉 役人が天下る「行政産業」と戦う *日経ビジネス* 2001年2月12日号:68-71.
- 19) 毎日新聞夕刊 2005年12月21日.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

予定あり

2. 学会発表

予定あり

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

9. わが国における救急医療従事者の労務実態の分析に関する研究

－ より安全かつ魅力的な労働環境の模索 －

研究協力者 武居 哲洋（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯科学専攻
医療管理政策学（MMA）コース 大学院生）
主任研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

研究要旨

わが国における救急医療の需要は高齢者の増加とも相俟って現在でも伸び続けており、これに対する医療サービス提供側の相対的マンパワー不足は深刻な問題となっている。そもそも救急医療には24時間365日昼夜を問わずの対応が要求されるため、予定を組んで平日の昼間に業務を集中できる他の診療科とは労働時間帯、勤務シフト等の労働環境が大きく異なる。一方で近年国民の医療過誤に対する意識は急速に高まっており、医療サービス提供者は医療過誤の撲滅にも真摯に取り組む必要がある。米国をはじめとする先進諸国では医療従事者の労働環境と医療過誤との関連性が指摘されており、わが国においても小児科、産婦人科、麻酔科、救急等に従事する医師や病院勤務看護師の相対的不足と過酷な労働環境が、医療過誤の一部に関与している可能性を否めない。そこで我々は、全国の救命救急センター186施設（2005年11月18日現在）と救命救急センター以外の大学附属病院救急部78施設を対象に、救急医療従事者の労働実態に関するアンケート調査を行った。

合計74施設より有効な回答を得た。これらの施設中救急当直（夜勤）翌日も全日勤務が行われている施設は59施設（79.7%）に上り、とくに夜勤翌日も中等度以上の臨床業務に終日携わっている施設が45施設も存在した。一方で勤務表の事務手続き上、夜勤翌日を休みとして扱っている施設が32施設存在したが、そのうち実際に休みが確保されている施設は10施設にすぎず、22施設においては中等度以上の臨床業務を終日行っていた。救急医療従事者の平均労働時間は65.4時間/週であり、救急部門長の考える理想労働時間の平均48.0時間/週を大きく上回った。

救急医療従事者の大多数は、依然連続30時間以上の勤務シフトで働いており、週間労働時間も60時間を上回っているという実態が明らかになった。とくに夜勤明けに手術、麻酔、心臓カテーテル検査等の高度の集中力を要する臨床業務に携わることは、医療過誤のリスクが高まるのみならず、患者側の期待（万全の状態です手術等が行われているという期待）を裏切る行為でもある。これらの労働環境の改善は、直接的に医療過誤減少につながるのみならず、相対的な医師不足分野の新規参入医師を増加させて過酷な労働環境の悪循環を断つことにより、長期的にも医師—患者双方に恩恵をもたらす可能性がある。

A. 目的

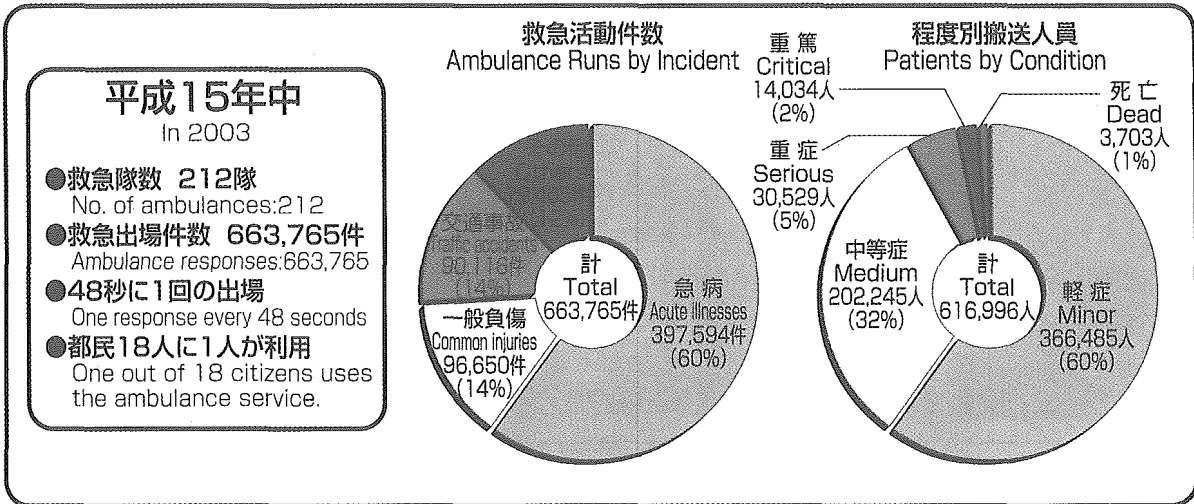
1. 救急医療を取り巻く我が国の現況

人口増加のほとんどない現在でも、救急医療の需要は年々増加の一途をたどっている（図1）。現在我が国全体では年間2,000-2,500万人が救急医療機関を受診しているとされ（救急診療指針）、1年間に国民の5-6人に1人が受診している計算となる。外傷をはじめとする外因性救急疾患の数も漸増してはいるものの、それ以上に内因性救急疾患の増加が著しいのが特徴である。この原因は、ひとつは我が国の人口構造によるものと考えられている。すなわち、心疾患、脳血管障害などの内因性救急疾患を発症しやすいと考えられる、高齢者の相対的増加である。さらに少子化は決して小児救急患者の減少にはつながらず、むしろ共働き・核家族の増加や一人の子供に

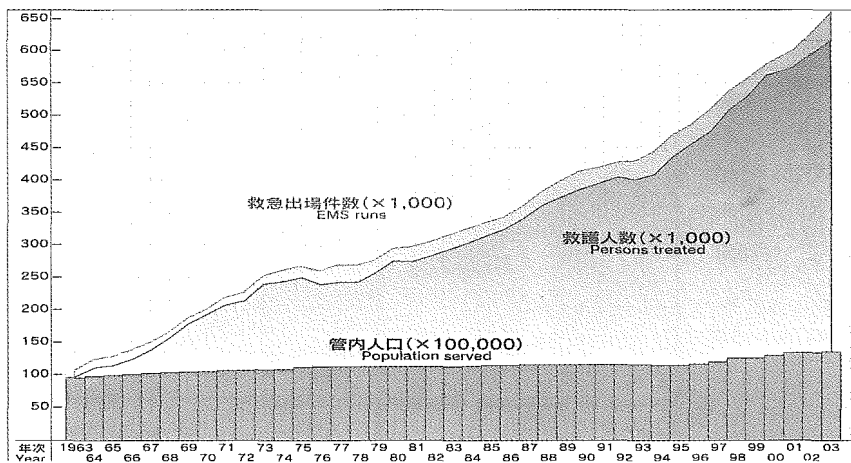
一層手をかけるようになったことなどによって、軽症患者を中心に小児受診者数が増加し続けている。救急車要請が無料であり基本的にフリーアクセスであること、救急初診料が安価であること、救急医療機関が以前よりは整備されてきて質が高まってきたこと等も、国民の救急医療受診行動に影響している要因であろう。

図1：平成15年中の東京消防庁活動状況および東京管内の救急要請需要の伸び率と人口変化

(東京の救急 p4. 東京消防庁編より引用)



救急業務法制化以降の救急活動の推移
EMS Activities Since 1963



一方でわが国の救急医療供給体制の方は、他の先進諸国と比して決して誇れるものではない。歴史的には、昭和52年に旧厚生省により「救急医療対策事業実施要項」が発表され、現在の初期（軽症患者対応）、二次（手術・入院が必要な患者対応）、三次（生命の危機に瀕する重症患者対応）という救急医療機関層別化体制の基盤が作られ、人口100万人に1施設を目標とした救命救急センターが整備され始めた。昭和60年代になり我が国の病院外心肺停止症例の救命率の低さが問題となり、平成3年には救急救命士法が制定され現在は1万名をこえる救命士が病院前救護を中心に活躍している。しかし欧米の先進国と比較すると病院前救護体制には大きな隔たりがあり、救命士が救急医療機関受診前にできることも限られている。最近ようやくこれらの病院前救護体制の改善に動き始めたところであり、救命士の気管挿管認可、医師以外の除細動認可と自動体外除細動器(AED)の公共施設設置認可、心肺停止症例への病院前薬剤投与などが実現ないし実現しつつある。現在でも重症外傷患者の救命率の低さや、防ぎうる死亡(preventable death)の多さは問題視されており、外傷診療施設整備や診療標準化に向け

て努力が続けられているところである。また阪神・淡路大震災を契機に大きな問題となった、災害医療体制の整備も依然発展途上段階である。

ここで、救急医療の人的資源供給について触れる。救急医療の特徴は、他の独立診療科と異なり 24 時間、365 日、ほぼ同じ医療レベルでの対応が要求されることである。昼間は一般外来が利用できることもあり、受診する患者数は夜間帯の方が当然多くなる。この診療を 24 時間体制で担うだけのマンパワーは、現在の我が国の救急専門医にはない。図 2 に救急専門医数の推移を示すが、平成 17 年末現在 2,291 名であり単純に救命救急センター数（平成 17 年 11 月現在 186 施設）で割ると 1 センターあたり 10 人以上となる。しかし実際には、救急診療を行っていない医師や救命救急センター以外の病院に勤務する医師が相当数存在しており、救命救急センターで勤務する救急専門医は約 400 名程度とされる。日本救急医学会のアンケートの結果では、1 センターあたりの専門医必要数が 6-10 名という回答が最も多く(42%)、11-30 名とした施設も 34%にのぼっており、全く供給が需要に追いついていないのが現状である（図 3）。単純に比較することはできないが、ちなみに米国の救急専門医数は約 27,000 名であり、人口あたりに換算すると日本の 5 倍以上となる。アクセス制限のために受診者数が日本より少ないこと、救急に従事していない救急専門医が日本では多数存在することを考慮すると、両国の需給較差はこの数字よりはるかに大きいと思われる。

図 2：日本救急医学会員数と専門医・指導医数の推移
（日本救急医学会提出データより）

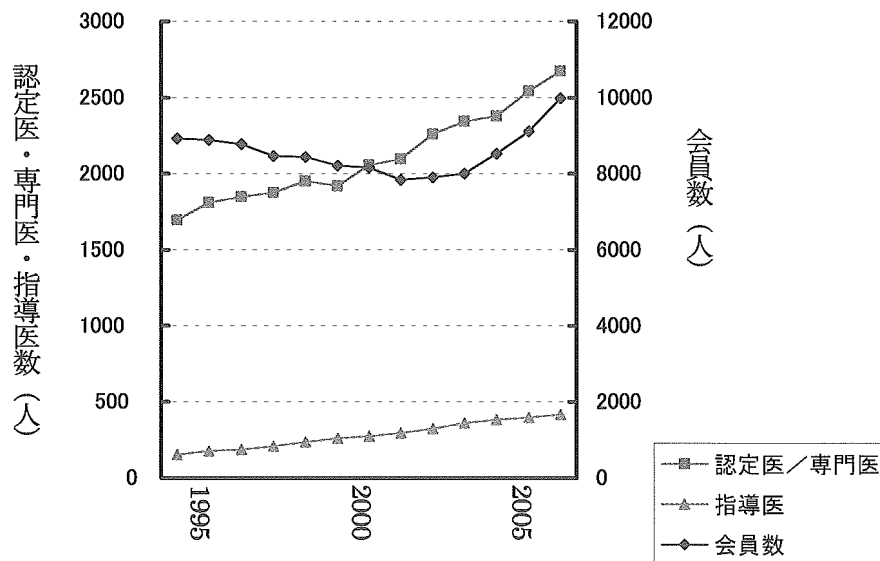
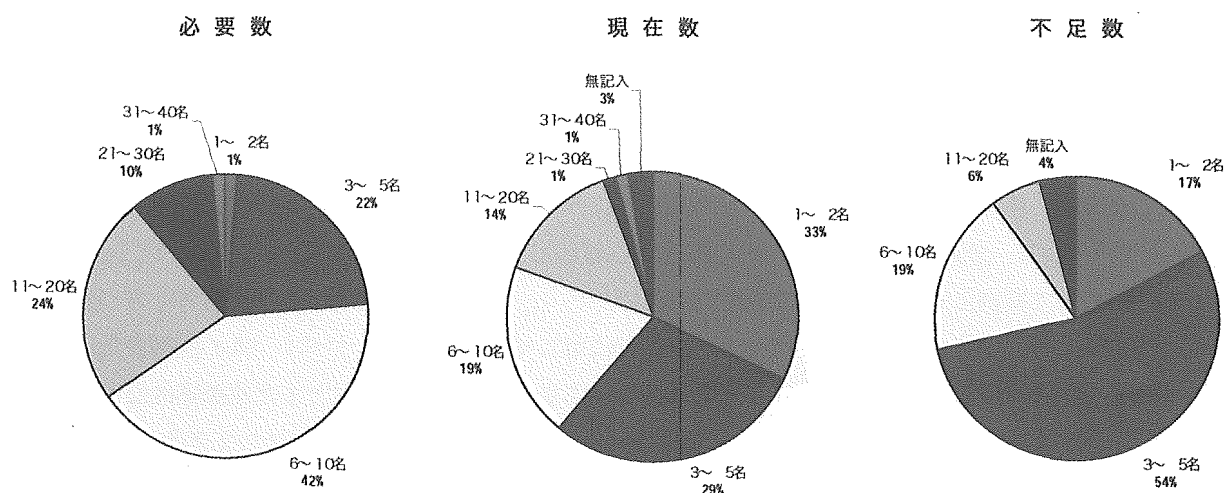


図 3：救命救急センターの医師数と不足数
（「第 3 回医師の需給に関する検討会(2005.4.6)」厚生労働省審議会議事録より）

救命救急センターにおける救急科専門医数

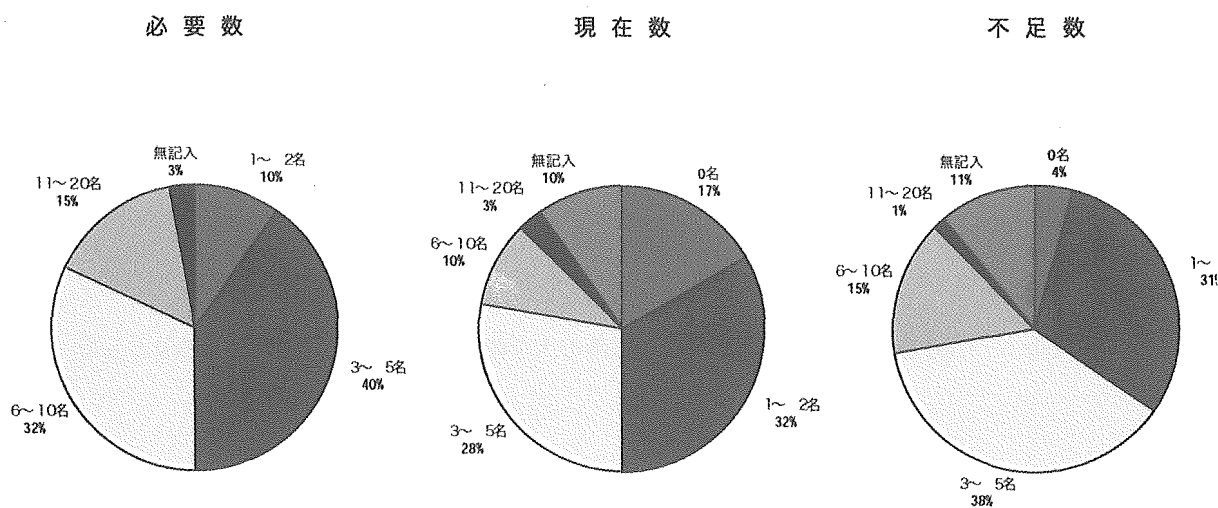
資料-1]



ERにおける救急科専門医数

資料-2]

<救命救急センターのある臨床研修指定施設>



2. 医師の労働環境と医療過誤

これまでわが国の医療従事者は、労働環境と医療過誤の関連性についてあまり真剣に考えてこなかった。この

理由は主に以下によると思われる。その歴史に由来すると思われるが、医師という職業は「聖職者」であり、いつ何時でもいかなる状況にも対応するのが当然だという考え方が支配的であった。すなわち時間外だろうが無報酬だろうが、自己を犠牲にして働くのが“美德”とされてきた。我々医師もそれを信じて働いてきたし、これが患者サイドにも恩恵をもたらすのみならず、自分自身の技量をも高めると信じてきた。裏を返せば、これは今までの患者-医師関係を表しているとも言える。つまり医師と患者は対等な関係ではなく、「聖職者」が患者に医療を“施して”いたのである。ここにおいては診療契約という概念は希薄であり、結果としての医療過誤はある意味容認されてきた。患者サイドもあまり声を大にして医療過誤を追求しなかったし、医師側も真剣な対応をしてこなかった。

ところがここ 15-20 年程の間に、全世界的に医療を巡る考え方は大きく変遷した。evidence based medicine (EBM)といわれるように、医療行為にはその根拠を求められるようになり、より科学的行為に近づいた。同時に患者-医師関係は対等となり、診療行為は契約だという概念が定着してきた。そしてその契約に基づいて、医療従事者側も医療過誤に対して真剣に対処することは当然の流れであろう。このような医療行為を巡る考え方の変遷とともに、これまで信じられてきた完全主治医制度（ある患者に対していかなる時もすべて一人の医師またはひとつのチームが責任を持つ）や長時間労働が果たして患者側の役に立っているのか、はたまた医療事故などのトラブルを増加させているのかについての議論が、米国を中心に盛んに行われるようになってきた。つまり evidence にもとづいたよりよい診療体制の構築である。その結果、救急や集中治療などの現場では診療時間にきちんと区切りをつけた、看護師と同じようなシフト勤務体制を組むことにより、医療の質を落とすことなく安全を確保することが可能なことがわかってきた¹。また、連続 30 時間労働を超えるような過剰な勤務態勢は医療従事者の注意力を著しく低下させ、医療過誤の増加につながっていることも明らかにされてきた¹⁵。つまり過重労働によりむしろ医療行為のパフォーマンスを低下させ、転帰を悪化させ患者に不利益をもたらしている可能性が否めないのである。一方で我が国の救急医療現場は、当直翌日の夜までの連続 30 時間以上の勤務が常態化している。このことは万全の体制で手術などが行われているはずだと考える、医療サービスを受ける患者側の期待に背く行為でもある。現在救急医療の現場は、卒後臨床研修必修化による医師の施設分配の変化と卒後救急教育必修化によりさらなるマンパワーを強いられており、その勤務体制の見直しは患者の安全確保、今後の救急医療従事者の確保の両面から急務であると考えられる。

このように本研究の目的は、現在我が国において供給が需要に圧倒的に追いついていない分野のひとつである救急医療に焦点を絞り、従事する医師の実態を勤務体制や労働時間の観点から明らかにすることである。これにより、そこに内在する現状の問題点を明らかにするとともに、乏しい供給体制の中で今後どのような方法を以て、安全で質の高い救急医療を維持できるかを考察することである。

B. 方法

1. 対象

全国の救命救急センター186 施設と救命救急センター以外の大学附属病院救急部 78 施設を対象とした。

2. 方法

上記の計 264 施設にアンケート方式で質問票を送付した。主な内容は施設の救急専従医数と救急患者受け入れ状況、救急当直体制と翌日の勤務状況、救急専従医の週間労働時間についてである（表 1）。

表 1 : 質問票の主な内容

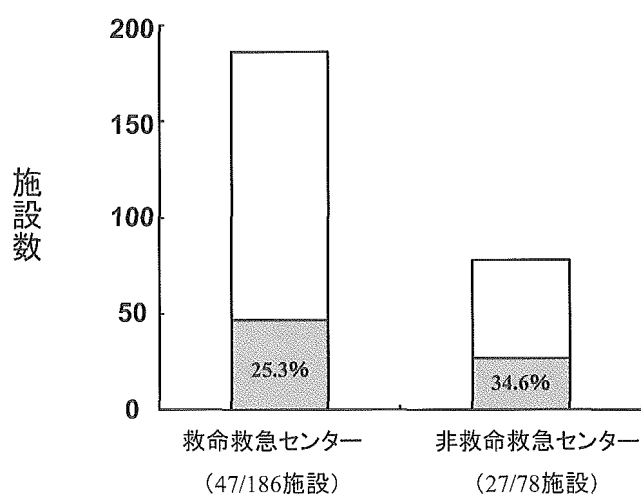
施設概要	センター／救急部所属医師数 救急患者数 救急車搬入台数
救急当直（夜勤）体制	救急からの入院数 医師の人数 構成
救急当直（夜勤）翌日	休みの有無 業務内容
労働時間	週間労働時間 理想労働時間

C. 結果

1. 有効回答の回収

全体で 80 施設（30.3%）から回答を得た。このうち重要項目が空欄になっていた 6 施設を除外し、最終的に 74 施設（28.0%）から有効な回答を得た。救命救急センター186 施設からの有効回答は 47 施設（25.3%）、非救命救急センター大学附属病院 78 施設からの有効回答は 27 施設（34.6%）であった（図 4）。

図4 有効回答を得た施設



2. 翌日勤務体制

当直（夜勤）の翌日が完全に休みとなっている施設は有効回答のあった74施設中10施設（13.5%）のみであった。午前のみ勤務として連続30時間以内の労働にしている施設を合わせても、計15施設（20.3%）しか存在しなかった。内訳は救命救急センターが7施設、非救命救急センター大学附属病院が8施設であった。したがって59施設（79.7%）においては、当直（夜勤）の翌日も完全な全日勤務となっており、連続30時間以上の労働を強いられている（図5）。翌日が全日勤務の59施設に、翌日の勤務強度を以下のように分類（1：カンファレンス、回診などの直接臨床にふれない軽い労働、2：病棟業務、外来、簡単な検査などの中等度の労働、3：手術、麻酔、心臓カテーテルなどの高度の集中力を要する労働）して回答してもらった。翌日も2ないし3の中等度以上の労働強度（通常の臨床業務）で働いている施設が45施設（76.3%）も存在していることがわかった（図6）。一方で、雇用者側が翌日を全日休みとして扱っている施設が32施設存在していたものの、このうち22施設（68.8%）では実際には全日勤務となっており、労働実態と勤務届け出との間に大きなギャップがあることが明らかになった。

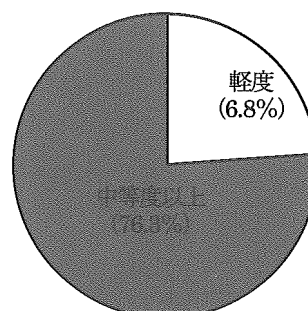
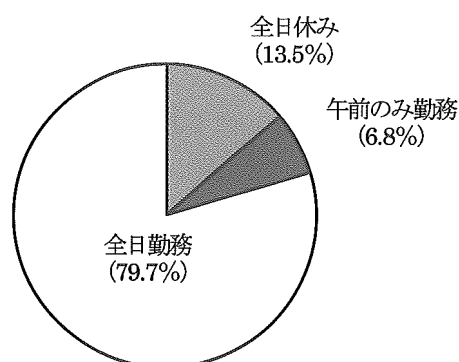


図5：当直（夜勤）翌日の勤務状況 図6：当直（夜勤）翌日全日勤務施設の労働強度

3. 労働時間

救急医の概算週間労働時間に関しては、38.33時間から100時間まで分布していたが、平均65.4時間であった。これに対し施設の救急部門長が考える理想週間労働時間は平均48.0時間であり、統計学的な有意差($p < 0.0001$)を認めた（図7）。現在の労働時間が多すぎると考えている施設は全体の82.4%にのぼった。週間労働時間は、前述の連続30時間以上勤務を回避できている15施設の平均労働時間が54.3時間であったのに対し、翌日全日勤務の59施設の平均労働時間は67.9時間であり、統計学的な有意差($p = 0.0021$)を認めた（図8）。一方、救命救急センター47施設の週間労働時間が65.4時間であったのに対し、非救命救急センター27施設の労働時間は61.4時間であり、これには統計学的な有意差を認めなかった（図9）。

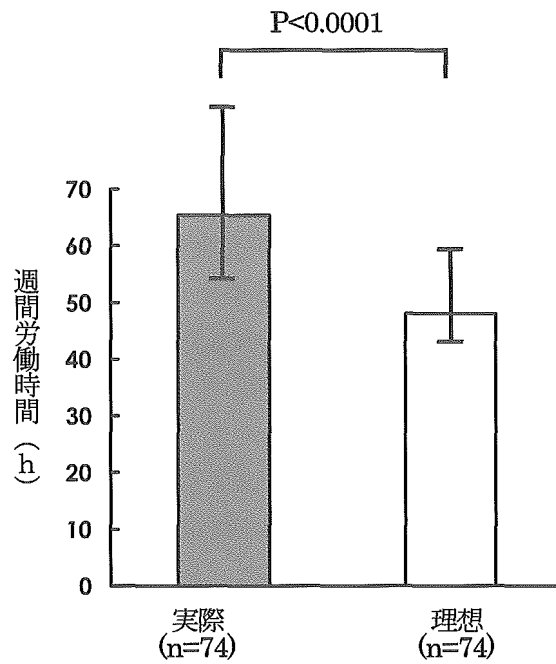


図7: 平均的な実際の週間労働時間と救急部門長が考える理想労働時間

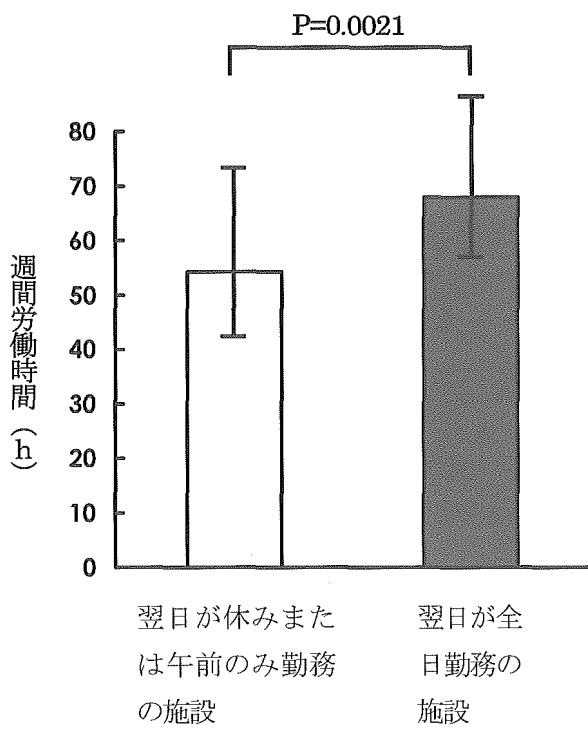


図8: 翌日勤務体制で分けた週間労働時間

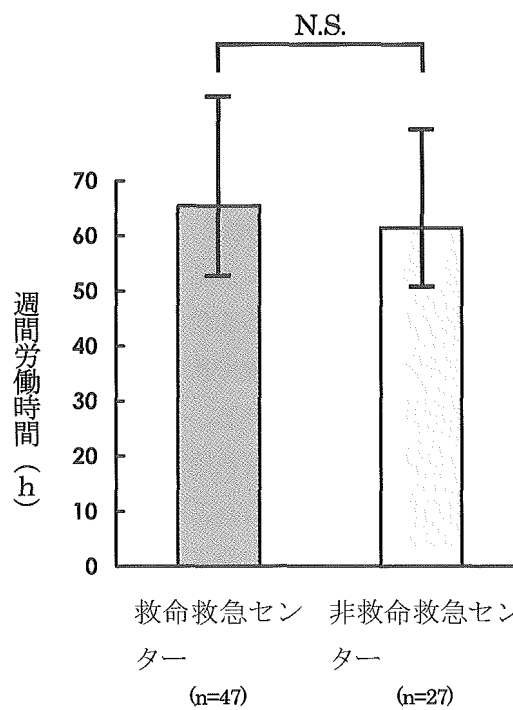


図9: 救命救急センターの有無で分けた週間労働時間