



ウィーンにて

南区支部 宮澤 仁朗

1. はじめに

およそ12時間の長期フライトの後、疲れきって憔悴した私を穏やかなウィーンの陽光が包み込んでくれた。札幌とはほぼ同じ緯度に位置するウィーンだが、地中海の影響を受け一年を通して比較的温暖な気候である。私が訪問した6月下旬は30度を超える気温で、現地の方の話では近年にない異常気象とのことである。それでも私にとって湿気のないカラッとした暑さは、とても居心地の良いリラックスするのに充分すぎる程の環境であった。

今回はWorld Congress of Biological Psychiatryという国際学会に参加するための訪欧であるが、日本の精神医療、精神障害者に対する社会福祉施策を考える上で、ウィーンにおける新たな出会いは大変有意義で貴重なものであった。現在、誤った方向へ猪突猛進している日本の医療制度改革、精神保健福祉政策を異国の地で再認識させられたのである。

2. インスブルック大学教授との出会い、オーストリアの医療状況を踏まえて

非定型抗精神病薬のシンポジウムの後、幸運なことにインスブルック大学精神科のWolfgang Fleischhacker教授と楽しい一時を過ごすことができた。Wolfgang教授のガイドのもと、ハプスブルグ王朝の栄光を伝えるバロック建築で有名な王宮や、一般市民が互いに助け合うかのごとく僅かな間隙もなく寄り添うよう精巧に立ち並ぶアパート群など、美しいウィーンの街並み・文化に触れ心から感動しつつ、更に車を郊外へと走らせた。当時難聴と戦いながら運命を作曲したハイリゲンシュタットにあるベートーベンの別荘を間近に眺めつつ、オーストリアワインの美味に胸を躍らせながらフロイト

が足繁く通ったというホイリゲ（ウィーンで新酒のワインを飲ませる居酒屋）を目指したのであった。

車中、Wolfgang教授はオーストリアの（公的）医療制度や精神医療に関してさまざまな事を教えてくれたので日本の医療制度と対比しつつ紹介したいと思う。

オーストリアは、わずか人口800万人たらずの小国ではあるが、オーストリアの公的医療制度は、1888年ドイツに次ぎ、逸早く疾病金庫保険制度という名称のもと確立され今日まで続いている。現在日本の国民健康保険、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険などに該当するオーストリアの保険組織は全部で28団体存在し、日本が模倣したドイツの社会保険制度の小型・細分化した組織形態を成していると説明された。実は今、日本で問題となっている混合診療は既にオーストリアでは導入されており、術者の指定等には相応の対価を支払わなければならないとのことである。しかし基本的には公的保険によって、患者の自己負担無しで良好な医療が提供されているという。日本政府が財政主導型の公的保険縮小を策略しているが、オーストリアでは公的保険の診療内容は適正に拡充することによって国民の信頼を得ており、私的民間保険の普及率は5%前後でごく一部の市民がサービスやアメニティーの向上のため加入しており本質的な医療の質・内容における差別化は原則ないと話された。また、アメリカのように「小さな政府」は決して目指さないと付け加えられた。日本でははたしてどうであろうか？残念なことに日本政府は、なんら国民に問うことなく、スウェーデンにおける社会福祉を重視した「大きな政府」と相反するアメリカよりも更に

縮小した「小さな効率的な政府」を目指すといい、医療費等の社会保障費を削減する志向を明らかにした。そして政府が公的保険の縮小を公言しているのであるから、間違いなく混合診療が導入された暁には一般的な風邪・水虫等の疾患、漢方薬等の薬剤、高価でコストの掛かる医療技術は保険対象から除外されるのは自明な事である。今後も高度先進医療等、治療に有益な医療技術が適正に保険診療に組み込まれる、そして公的保険の縮小を実施しないという公約がない限りは、断固混合診療の導入には反対すべきで国民皆保険を死守しなければならないとの信念を強固なものとした。

3. 日本の精神障害者の今後は？

オーストリアにおける精神医療に関し、Wolfgang教授より驚くべき事実を明かされた。世界的な精神科医フロイトを輩出した国にもかかわらず、精神疾患に対する保険診療は数年前よりようやく適用されてきたとのことである。オーストリアの子供の約7割が「うつ傾向」にあるという全国調査結果などを背景として、政府は精神障害に対する保険制度見直しにようやく重い腰を上げたのだというのが、今後に期待できる見通しを羨ましく感じた。Wolfgang教授は何度か来日されており、日本の精神医療の状況に精通されている。「Dr宮澤、日本の精神科病床数は先進諸国の中でも群を抜いて多いため、日本政府が病床削減を掲げているというのがどう進んでいる？」との質問を受けたが、私は"The panorama is dark"と前置きした上で、現状を説明した。

ここで皆さんに日本の精神医療の歴史も振り返り紹介したいと思う。実は昭和30年代から40年代前半にかけて、精神障害者の収容・保護を目的とした社会防衛的機能に重点が置かれた時代背景を元に精神科病院の大増設、いわゆる精神病床のバブル期を迎えた。昭和30年には4万4千床であった精神病床数は、45年には25万床へと跳ね上がり、現在は約35万床に達している。入院治療・精神病床のバブル期に時を同じくして、通院に関しては昭和39年のライシャワー駐日米国大使傷害事件（統合失調症の少年が

ライシャワーを刺傷した事件）を契機として、在宅精神障害者の医療の確保（やはり社会防衛システムの一環として位置づけられたが…）を目的に精神科通院公費負担制度が創設された。創設の動機はともかく、今日まで本制度が通院精神障害者にとって必要不可欠な唯一の保障として歩んできたが、国の財政負担軽減の標的となり実質的廃止に追い込まれようとしている。

厚生労働省は社会保障審議会障害者部会を通して、平成16年9月の「精神保健福祉の改革ビジョン」、翌10月には「改革のグランドデザイン案」を発表し精神障害者に対する具体的な施策を明らかにした。次にその要点とその課題を論じてみたい。

グランドデザインでは良質な精神医療の効率的な提供についての項目で、「今後10年間で7万床の病床数の削減を図る」と具体的な数値を提示した。確かに社会的入院などを考慮した場合、病床削減は望ましいが、しかし実行に際し他先進諸国にみられるようなナーシングホームといった居住施設の整備が必須となる。病床数の削減は明記しても地域生活支援における福祉サービスの拡充につき具体的な目標数は掲げられていない。このまま政府が強行し脱病院化を第一義的な目的とした場合、アメリカが1980年代に推し進めた拙速主義的な脱病院化による単なる地域への放り投げの再現といえよう。参考にお示しするが、Wolfgang教授の話では「アメリカではマネジドケアと脱病院化により精神障害者の平均寿命は年々短縮の一途をたどり、ストリートピープルの60%は実に精神障害者である。」とのことである。

最後にグランドデザインの提示で、既存の三障害法規（身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法）を一元化して、障害者自立支援法（提示では仮称：障害福祉サービス法）を創設することを明らかにした。実際に法案は現実的なものとなり、残念ながら今年7月13日、衆院厚生労働委員会政府案を一部修正した上で、与党の賛成多数で可決されてしまった。この原稿が皆さんの手に届く頃には国会で成立し、平成18年1月より順次施行されること

となるであろう。福祉サービスが精神障害者にも拡大されることは、今までの身体・知的障害と差別化され続けてきた事実を勘案するとある意味では評価できるかもしれない。しかし内容的には精神障害者に対する負担増を強いることとなり、グランドデザインの方針に対峙する結果となった。今まで精神保健福祉法第32条に定義されていた「精神科通院公費負担制度」は障害者自立支援法で取り扱われることとなり、その内容は、細部にわたってはまだ変更の可能性は残されているが現状としては ①自己負担を5%から10%に変更 ②(負担上限は設定されているが) 所得税額が30万円を超える場合、公費負担なし ③家族の所得により自己負担を引き上げ、或いは公費負担なし ④対象疾患を統合失調症・狭義の躁うつ病・難治性てんかんに限定などである。政府は「入院医療中心から地域生活中心へ」とスローガンを掲げながら内容は逆行しており、「まず財源削減ありき」が明白である。特に問題は、個人所得でなく世帯所得で収入判定されることは、精神障害者が親などの扶養者から経済的・精神的に自立すること

を阻害し、社会的資源を利用させない仕組みにつながる自立支援阻止法といっても過言ではあるまい。年間3万人を超えている自殺者の急増も危惧される。

4. おわりに

このように障害者自立支援法は、結果的に障害者の自己負担が増加すると共に、受けられるサービスも限定され、「自己決定の原則」が崩壊すること、これまでのノーマライゼーション施策に反することより、反対の声が強い。この施策の背景には国の財政事情のみならず、アメリカ志向の競争と市場原理を重視する新自由主義的政策があり、混合診療導入による国民皆保険崩壊の序曲であるのかもしれない。われわれ医師会会員は「負担あってサービスなし。金を払えないものは病气や障害で死ぬ」という政府の国民、特に障害者に対する「自助努力」の押し付けに対して一致団結して反対し、社会保障解体に向けての動きを阻止することが必要なのではないか。

(ときわ病院)