

平成 16 年 12 月 10 日

厚生労働大臣 尾辻 秀久様

## 精神科通院医療公費負担の削減ではなく、 存続を求める 30 万人署名

国 厚生労働省は、2004 年 10 月「今後の障害者保健福祉施策の方向(グランドデザイン案)」を打ち出しました。その中味は、ひとえに「まず財源削減ありき」の障害者サービス抑制と当事者不在のサービス策定です。理念なき介護保険との統合の地ならしです。

その「グランドデザイン案」の中で、「精神障害者には適切な医療がこれまでなされてこなかった」と書く一方で、精神保健福祉法 32 条に規定された、精神障害者の外来通院医療に係る公費負担制度が大きく削減されようとしています。地域に退院し、服薬を継続し、再発の防止や自殺予防の為に、通院医療公費負担の継続は、この生き辛い日本の精神障害者施策の中で、譲ることのできない必要な施策です。「予算がない」との一方的な理由で勝手に、私たち精神医療サービスを利用している当事者を無視して通院医療公費負担を大きく削減する事は、精神障害者の生命をおびやかす事です。

### 1. 通院医療費公費負担を削減するのではなく、存続する事を切実に求めます。

署名呼びかけ団体/ 全国ピア・サポートネットワーク(準)、 NPO 法人こらーるたいとう  
大阪精神障害者連絡会(ぼちぼちクラブ)、福岡県精神障害者連絡会 熊本県精神障害者団体連合会、  
大阪精神障害者家族会連合会 (2004 年 12 月 6 日現在)

窓口/ NPO 法人こらーるたいとう 東京都台東区入谷 2-25-8 池田ビル 1F

TEL 03-3876-0170 FAX 03-3876-0297 E-mail:koraru@mub.biglobe.ne.jp

大阪精神障害者連絡会(ぼちぼちクラブ) 大阪市東成区大今里 1-15-22

TEL 06-6973-1287 FAX 06-6973-1289 E-mail:dc011460@ni.bekkoame.ne.jp

氏名	住所	印(サイン)

署名取り扱い団体

---

なお 2005 年 2 月 15 日を第一次集約締切日とします。

# なにが問題か？

## 1．精神科通院は「一般的な疾病」になったのか？：実態の背景についての認識不足

今回の公費医療負担見直しの背景として、「精神科通院公費の対象者が急増し、一般的な疾病になった」と政府は説明している。確かに精神疾患を持つ人が増えたことは事実だが、果たして地域での精神障害者に対する偏見のまなざしや差別はなくなったか？病院の敷地内に囲い込まれてきた人は減ったのか？治療薬が見つかりながらも、長年、退院させず社会的入院を約10万人近く生み出し生きる力をそぎとってきた、国の責任は、何ら明らかにされていない。

## 2．所得保障と地域サービスが不十分なのに医療負担だけ一般並にすることの問題点

精神障害者は医療費を払うのが嫌だ、と言っている訳ではない。だが、精神障害者の中には年金と作業所の工賃のみで暮らしている人が多くいる。月額6万数千円の基礎年金だけで家賃や食事代や様々な日用品費をまかなっている人も多い。そういった人々に対する所得保障が何ら検討されていない。また、多くの精神障害者が地域で安心して暮らすための福祉サービスの拠点も、他障害に比べて遥かに少ない。そんな現状の中、負担のみを一般並にすることは、多くの精神障害者にとって生活破壊につながる。

## 3．32条の歴史的必要性について

そもそも公費負担は強制入院の解除後、地域で医療につなぐための社会防衛システムとして作り出された。そして、32条利用者は、保健所からの訪問や監視を受けてきた。一方、我が国の精神科医療は36万床と世界的にも類のない大きな病床を持つに至っている。病院の敷地の中しか歩けない処遇を多くの方が強いられ、生活能力をそぎ落としてきた。退院後も地域で生活していく自信を取り戻すことすら大変な現状である。そうした環境にある精神障害者が、孤立しないために、通院公費負担制度は必要不可欠な唯一の実質的な補償であった。

## 4．32条の削減よりも、まず改革すべきは精神病床の大幅削減。順番がちがう。

イギリスやスウェーデンは日本の人口比に換算して7～8万床のベッドしかない。一方、日本では約7万床の削減すら、10年かけてやっと、という実態。不必要な措置入院の長期化の実態など、改革すべき点は多くある。ニーズ調査では地域に受け皿さえ在れば退院可能性のある患者が入院患者の全体の半数を占めているとの報告があった。財源の話ならまず半減させることの方を急務とすべきではないか。

## 5．グランドデザインの成立過程は「まず財源削減ありき」で、あるべき障害者福祉像の議論がない。

公費負担を継続するかどうかの基準として、「重度で継続して医療費負担の発生する者」をGAF30という線で引いている。このGAFとは、精神科医が診断の場面で使う、統計学に基づいた「機能の全体的評定尺度」であり、本人の生活実感に基づく尺度ではない。このGAF30というラインは、外来通院をしている人の中では、ごくごく例外的な重傷の人に特化しようとしており、問題である。本当に医療が必要な人達、地域で友人もなく引きこもっている人達などの声なき声がつぶされようとしている。GAF30の基準で考える、ということは、使える対象者を激減させること以外に目的が見て取れない。

## 6．肉親の扶養義務の強化につながる

この見直し案の中で厚生労働省は、成人した障害者本人の収入のみに基づく支援のあり方を否定し、生計を一にする家族の扶養義務を打ち出している。この姿勢は、障害者や子ども、老人など働いていない人の面倒は家族がみることが前提とした議論である。国際障害者年以降、厚生労働省が障害者と一緒になって積み上げてきたはずの、障害者福祉の成果に逆行している。

グランドデザインでは扶養義務や保護者責任をいつまでも実質的に背負わされ、家族による精神障害者殺しや自殺、再入院が継続することにつながる。

## 7．利用者主体の原則はどこに？

精神科の薬を飲みつつ、症状と二人三脚で、自分なりの地域での暮らしを彩りゆたかに作りだそうとして、各人が各地で歩んできた。1984年の宇都宮病院事件以来、世界的に批判されて、ようやく重い腰を上げた精神障害者への福祉施策。それらの成果が、「カネがない」のひとことで否定されていく。今回の問題の根底には、サービス利用者本人の意思を聞く姿勢（形だけでなく、本心）がない。

精神障害を抱える本人にとっては、通院医療費は地域での福祉サービスと同等の重みを持つ、大事なサービスで、この生きづらい精神障害者への偏見の拡がりの中であって、唯一の国家補償であった。これを医療保険の尺度のみで考え、「生計を一にする者」の収入により削減対象を広げるということは、精神障害者本人の主体性を奪うこととなる。

「私達抜きで、私達のことは、なにも決めないで！」