

私も様々学んできたので、精神科医療について考え方をどうすればよいのか述べたく、本稿を執筆するに至った。

1. 戦前の状況

日本の精神医学・医療の祖と言われる呉秀三が 19 世紀末にヨーロッパへの留学中に目にした光景は、農村で障害のある人が普通に働いていたことだった。もう日本と欧州の意識に大きな差異があった。1900 年、精神病患者監護法が公布されたのは列強に近代国家としての法整備がなされているとアピールしたかったのだが、病院に入れなない人は私宅監置いわゆる座敷牢に押し込められていた。入院はあまりにも高額だったためである。

しかし私宅監置するに至らない病状の軽い患者たちが北陸の地中心で収容される精神病患者保養所（以下保養所と略す）や精神病患者保護所（以下保護所と略す）があったのである。開設が追いつかず、中流以下の家庭でそのような施設に入居させて欲しいという声が高まった時期もあった。

2. 戦後の入院政策

そして戦後を迎えた。1950 年の精神衛生法が公布されると私宅監置は廃止されたが、保養所は廃止され、保護所も縮小された。そこから入院の促進が始まる。精神衛生法公布当初、私宅監置の人たちが入院できるくらいの病床数があるか気に留められていたが、カバーできる状況にはあった。

そこが入院の出発点であると同時に帰着点であったと見なしたい。前述の保養所や保護所に収容された人の大半は入院するほどの重い人ではなかったが、そのような施設の創設は認められず、入院するケースが増えた要因にもなった。

入院をさせるためには戦前的高額から打って変わった低額の入院コストにする必要があった。また、多くの患者を受け入れる体制づくりも急がれた。これが精神科特例を生み出す理由になった。

入院の代わりとなる地域に住まわせる施策がないことが、長期入院の温床となった。時代は経て、高度経済成長期に入ると生活環境の変化に対応しきれない地方出身の若者が罹患して、その数が増加していった。そこにライシャワー事件があり、入院収容主義に拍車がかかった。

その頃より先進諸国では入院収容から地域生活への移行が進んでいった。

3. 入院における問題点発生

時代は変わっていくが、どれくらいで退院できるのか、その看立てはできていなかったことに日本の精神科医療は自ら省みる必要がある。大量の薬の投与が入院を長引かせている。その背景には精神科特例で入院患者を手厚く看護できない事情がある。薬や拘束で患者を押さえつけず、患者の言い分をよく聴いて、どういうことに問題点があったのか着目して、患者のニーズおよび希望することを把握するようにして、速やかに退院につなげることが必要だ。

しかるに入院患者を看護職員が暴行、虐待、死亡させる事件が起きたことがきっかけで、1987年精神衛生法が精神保健法に名称変更された。しかし今もって患者への虐待があることは、真に患者の人権を保障するために行政当局、病院にしぼりをかけてはいないとも言える。

4. 福祉の位置づけになるも

その後ノーマライゼーション化の考え方の影響を受けて、精神障害も福祉の対象となり、1995年に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）が公布された。行政の管轄が保健所（呼称は様々）から市町村に移管され、このことは病気の扱いから福祉の手が差し伸べられるとの説明があった。ということで他の障害に比べて精神障害は福祉としての出発は大変遅れたのである。実はこの頃までベッドの数は増加の一途をたどってきたわけである。しかし福祉の担い手が病院であることは拙い。あまりにも医師の権限が強すぎて、一方向的になっているからである。

話を戻し、長期入院させることによってホスピタリズムが生じ、益々退院し辛くなる。その結果が入院前の生活、職業、勉学に戻れず、社会復帰が叶わなくなることの大きな社会的損失を生み出すこととなる。そして患者にとっては仕事、学業を失うだけでなく、友人、住む家、を無くし、故郷を追われることすらある。その結果、生きる意欲も失うのではなかろうか。一度病気に罹ると人生は終わったと思う人は多い。

5. 少しの前進

2000年前後は、その前の先進的な取り組みを講じた動きがあってそれに見倣う処置がなされてきて、ようやく病院から出てくる人が多くなってきた。それなりに事業や施設が整備されてきた。「自立と社会参加」が謳われた時代である。地域で生活するために、住居と単純な仕事を与えられたが、社会的な活動をするなどの社会との接点は見受けられなかったと思う。それ故に生きていく希望が持てず、薬が増えてしまい、活力を失ってしまう人もいる。そこを病院は見てくれない。前述した通り病院は直接的な福祉に関与をせよというわけではない。望みの持てる毎日、向上していく日々をどうすれば良いのかもっと全体で考えていくことが求められる。それを保障することが急務ではなかろうか。

6. 予算の使い方

話は変えて精神科に対する国家予算、地方自治体予算に眼を向けてみる。

トータルな精神科コストは、日本では例示として挙げるイタリアより少し上回るが、入院に使用している分は97%、地域生活に使用している分は3%に過ぎない。一方イタリアでは入院に使用している分が10%程度、地域生活に使用している分が90%程度である。コストの使い道が真逆なのである。

また入院を防止するための施策としてイギリスに眼を向けると、入院に使用する予算をセーブするためにリカバリーカレッジという学びの場に予算を多く投入すると聞く。

7. 新たな問題点が発生

もう時代は変わりつつあり、精神疾患に罹患する人が増え、その9割以上が外来患

者である。そして五大疾患のうち精神疾患が断トツで増えている。これも大きな問題とせねばなるまい。ここ 20 数年前から、グローバリゼーションや新自由主義がはびこって、経済優先、効率向上ばかり叫ばれる生きづらい世の中になってしまった。経済成長は期待できず、好転する先行きは見えてこない。

不幸にも精神疾患になった人に、どのような環境でどう精神的に追い詰められたのか丁寧に聴くことによって、精神疾患の回避の方法は見えてくるだろう。それが予防につながる。こういうことを積極的にしない限り、精神疾患の増加は防げないのではなかろうか。もっと踏み込めばコスト優先の社会事情を見直さない限り精神疾患を減らすことはできないとみる。2014 年障害者権利条約が日本で批准されたが、その後入院のあり方も含めて、事態が好転していないと見る人は多い。厳しい言い方だが、医師たちはこのことをどう考えるだろうか。

8. 改善につなげるために

そしてまた、現代社会においてはイジメ、DV、幼児虐待、パワーハラスメントなど心がすさんでいる行為が蔓延している。精神的に病む要因が多く、精神疾患の増加傾向は強いが解決策はどこにあるのだろうか。迷路に嵌っていて、改善を為そうとするような見通しや傾向は見られないようである。大人も若者もいつも目一杯になってやらされている感がある。きれいごとにごまかされている。ゆとりがなければ進歩はしない。

この先抜本的な改新がなければ本当に日本は精神疾患大国になってしまう。そこで対策の一つとして、これからの精神科医療は病気を治すにとどまらず、社会はどのように変わっていかなければならないかという視点で、好転させていくような提言を発信してみてもどうか。

最後になったが、私が経験したことから特に強調しておきたいこととして仕事においては、時間を短縮してやれとか、しっかりとした思索を省いて何でも直ぐにトライせよとか、順序立てて手間ひまかけることを極度に避けたりするのではなく、骨身惜しまずに余裕をもって働くことを忘れていたのではないか。

(どうみ ふじはる／医療・福祉問題研究会会員)

2024 年 1 月記