

医療の立場から

広田伊蘇夫

(同愛記念病院)

—— 総論的に ——

プログラム全体からみまして、このセクションは総論的なものに位置づけられている、と私は受け取りました。そこで総論的に、とは云ってもこれからの討議につらなればと思いつながら話題を提供してみます。

さて、私なりの精神科医30年からみまして、経済大国としてのわが国の精神医療は、〔貧しい〕というのが素直な理解です。そこで〔貧しい〕中味を2点だけに絞って話すことにします。ひとつは精神病院における総体としての治療的力量的貧しさです。もうひとつは社会がもつ援助能力の貧しさです。これが結果として、日本の精神医療に〔貧しさ〕をもたらしているとみます。

〔精神病院の治療的力量的〕

そこです、精神病院の治療的力量的について考えてみます。最近は多少なりとも改善されてきましたが、精神病院の環境は窮屈にすぎるとみます。日本の一般住居を称して、兎小屋と云ったりしますが、精神病院の居住環境は、これと対比的に云いますとねずみ小屋にも近いとみます。この小さな居住空間に、押し合いへし合い、患者さんは生活しています。そして平均在院日数は実に500日と厚生省統計は記しています。こうした環境のなかに、図にも示しましたように35万人を越える人々が生活しています。その病床数は図1でみるように、全医療病床数の20%以上を占めています。押し合いへし合いの環境では、充分な治療は期待すべくもありません。これだけでも治療的力量的は衰弱するでしょう。

この貧しい居住空間で働く医療従事者数は図2に示してあります。図はすべて昭和40年を基準にしています。常勤医は平成2年には4,603名で、昭和40年に較べれば2倍です。病床数は平成2年で35,743床で、これも2倍程度となっております。要するに、この期間、病床数に対する常勤医比は、実態としてほとんど変わっていません。看護スタッフは約3倍となっており、この点の改善はみられます。

私は週に1回または2回だけ病院に勤務する医師を、国籍なき医師とみます。無国籍医は病院総体としての治療責任をほとんど持ち得ません。ですから病院総体としての治療的力量的を考える場合、無国籍医は除外していることをお断りしておきます。

そこで単純計算してみますと、現状はほぼ80人の患者さんに1人の医師、6.7名の患者さんに1人の看護者、というのが治療体制となります。精神病院の治療的力量的は人的にも貧困化しきっているわけです。貧乏物語といってよいでしょう。ひとりひとりの医師、看護者が、どれだけすぐれた力量をもっていたとしても、総体数の不足は治療的力量的を低下させます。量から質への転換は可能でも、その逆は不可能です。

大胆な変革が必要とみます。仮りに、わが国の精神病院の在院者が25万人になったとします。空間

環境にゆとりが出るでしょう。兎小屋程度にはなるでしょう。そして患者さん50人に常勤医1人、患者さん5人に1人の看護者体制となります。これならば、私の経験からして、なんとかがんばれると思います。治療的にもなんとか力を発揮できます。私はこの程度の数的変革を計画的に目指すべきだと考えます。

私は夢を語っているわけではありません。精神神経学会が最近発表した資料があります。

全国のほぼ4万床に相当する施設調査です。これによりますと、2年以上の在院者のうち、その33%は社会的理由で入院しているとのこと。つまり、35万人の入院者のうち、ほぼ10万人の人々が医療的理由からではなく、社会的理由から入院生活を送っている、と推定されるわけです。ですから私の問題提起は夢ではなく、現実からの発想です。

こうした現象が生じてくるのは、ひとつには治療対象が曖昧になっているからだとみます。ですから入院治療の対象を検討しなおす作業が必要、とみます。私見を述べますと、入院治療の対象は精神病、あるいは精神病様状態にあり、精神科的治療を要する人程度に限定すべきものと考えます。社会的理由は入院の対象から除外すべきものとみます。

いまひとつ云っておきたいのは、治療方針の曖昧性がこうした現象を生むとみます。要するに、入院の初期段階から、つねに社会生活への復帰を射程内におく方針をもち、何処で、どの様な生活をするのか、の治療目標を検討しつづけねばならないとみます。この視点をもたない限り、社会的理由から院内にとどまる人は増えつづけるでしょう。

〔社会における援助的力量〕

ここまで述べてきますと、第2番目の貧困問題が浮かび上がってきます。厚生省の発表によると、精神保健法施行以来、法に規定された社会復帰施設は、援護寮45カ所、福祉ホーム47カ所、授産施設41カ所になっています。この数値をみますと、日本もがんばっている、とみえそうです。しかし、実際の入所者数はこの3施設を合計しても2,000名強にすぎません。精神神経学会の報告から推定される社会的入院数、10万人を思い浮かべてみますと、精神保健法に規定されている社会復帰施設は極貧状態にある、とみるべきでしょう。法改正によっても社会における援助的力量はほとんどゼロに近いわけです。

この極貧状態にしびれをきらした家族会の人々は、自らの手で全国に法定外の施設、つまり小規模作業所を作り出しました。民衆蜂起です。これは、それだけに作業所の雰囲気は生き生きしています。蜂起というのは、つねに新鮮であり、活気に充ちているものです。その上、街中にどっしり根を下していますから、なお生彩を放ちます。しかし国家はこの活動に対し、年間、わずかに90万円の運営費しか提供していません。これも貧乏物語のひとつです。

そして今、この貧乏物語の小規模作業所の世界に、結婚離職という現象がしのび寄っています。現実の生活が、ここに働く人々の情熱を見殺しにしつつあるわけです。貧乏物語の生み出した現象です。このことを行政当局の方々は充分理解しておられるかどうか、私は熟慮を求めたいと思います。蜂起が衰退してゆく時、再び社会的理由による入院は増加の道を辿るでしょう。その時、国際社会は再び日本に、関心の目を注ぐとみます。

〔国際的動向、そしてまとめ〕

そこで国際的動向にふれてみます。1985年、WHOヨーロッパ地域事務所が発表した報告は、ヨーロッパ29カ国の精神保健の動きを総括し、〔施設精神医療は地域精神医療に道をゆずった〕と記しています。精神病院を古典的なもの、と性格づけてもいます。また先程、森山公夫さんの話しにも出ました〔精神障害者保護の諸原則〕は、国連人権小委員会での10年を越える討議を終えました。そし

て25項目からなる諸原則は、今年の国連総会に提出されています。この諸原則の基本原理は国際人権規約にもとずいています。1979年にこの規約はわが国の国会でも承認されています。である以上、この諸原則はわが国の精神保健法を見直すにあたって、よるべき規範となるわけです。このことをわれわれは確認すべきもの、とみます。

結論を云います。単純です。社会防衛、市民的秩序の確立を基軸としてきた精神保健政策を、社会参加の政策に転換することが、これからの精神医療の中心テーマになるとみます。第3図に示したグラフ、なかでも精神保健対策費の年況推移は、明らかにこれまでの政策が跡ってきた惨憺たる道を示してくれます。実態としては、措置入院という強制的社会政策費、これだけがその中味だったわけです。この図をゆっくりみていただき、発想の転換の必要性を認識していただければと思います。

註；「精神障害者保護の諸原則」は1991年12月17日、国連総会で採択された。

図1

総病床中に占める精神科病床比

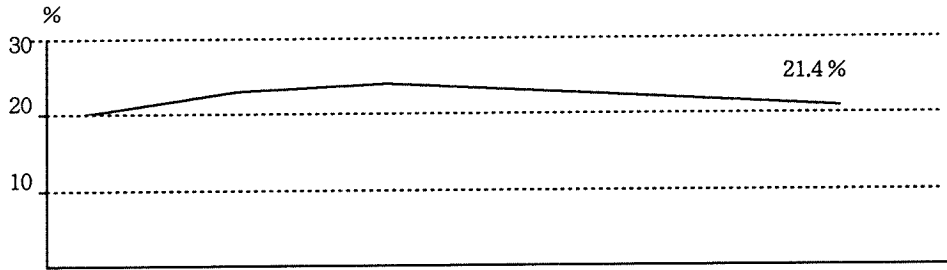


図2

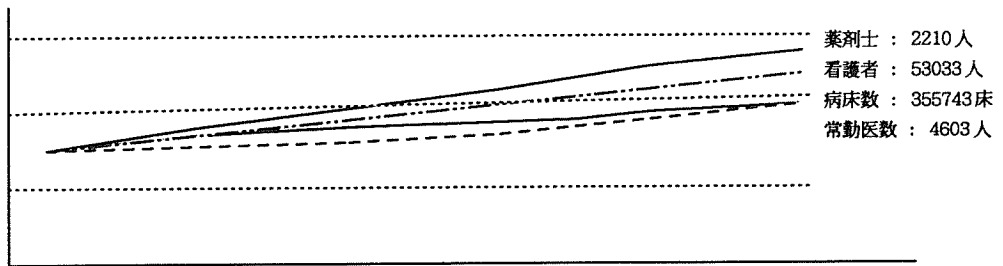


図3

