

## 収容主義から脱するために

全国自治体病院協議会精神病院特別部会部会長

小池 清廉

### 1. 精神病院の肥大化と「社会的入院」の増加が不祥事件を生む

＜医療は高度の公共性を持つ（諸橋芳夫）。とりわけ行動制限を伴う精神病院においては、公共性、透明性、公平性が要請される。＞ この当然の原則は守られてきたのか？

1960年代、精神病棟の開放化、「生活療法」、レクリエーション「療法」、社会復帰活動を推進しようとする人たちが集まって「病院精神医学」運動を起こした。その成果は遅々たるものであったが、何もしないで精神病院に勤めていた医師（一部）たちに一縷の望みを抱かせた。これが1969年春の医局講座制・学会告発の「金沢学会」以後、一連の精神病院批判になかで「精神病院パラダイス論」にすぎないと批判された。70年には「ルポ精神病棟」なる告発がマスコミ人によって行われ、日本医師会長武見太郎をして「精神病院経営者は牧畜業者だ」と言わしめた。若手医師たちからも「精神病院解体闘争」が起こり、いくつかの裁判に発展したが、経営者側の防御は堅く、「悪徳病院」は生き延びた。

家族や地域や保健所や福祉事務所が入院を勧め（その理由が医療の対象としての病状によるのか明確でない）、警察も司法手続きを怠って入院させる人たちを、ろくに診断もしないでもっぱら入院させたままにしている（入院時の「社会的入院」）。また、入院当初は症状があつて入院したらしいが、家族が引き取らない（実は引き取れない）、引取先がないからなどという理由付けをして、病院側は社会資源の開発や社会復帰の努力を怠ったままで、いつまでも閉鎖病棟に閉じこめておく。職員に意見をいつてきたり、看護ステーションに話を聞いて貰おうとして入ろうとすると、病状悪化というレッテルをはって行動制限、薬漬けを行う（退院させない「社会的入院」）。

1960年代、先進国が入院から地域ケアへの動きを開始した時期に、精神病床増床誘導政策と、何よりも収益上の利点のために、民間精神病院は増加、肥大化し、「社会的入院」が蓄積し、オーナー院長は高額納税者の上位を占め、今もそうである。

「精神病院は必要悪」という容認し難い考えが、病院経営者だけでなく、社会の側（地域社会や行政）にもある。喜んで子や親を精神科に入院させている家族はいない。昨今の民間精神病院不祥事件は、以上の日本の精神病院医療の構造的欠陥から発生すべくして発生した。決して一部特殊な病院の事件ではない。

### 2. 日本の精神科医療の十不思議

日本の精神科医療の七不思議ならぬ十不思議を挙げてみよう。

- ①人口に対する精神病床数が世界最高、米国の5倍、韓国の10倍。
- ②入院者の平均在院日数も世界最長、米国の26倍、スウェーデンの30倍。
- ③精神病床の9割を民間病院が占める世界に類がない現象。そのため運営は不透明、不公正になりやすく、トンネル会社を経営するなど、営利主義が横行している。
- ④単科精神病院への隔離収容型入院中心主義。入院者が社会に出て行うレクやリハビリ活動がないか低調。

⑤病院のアメニティは先進国で最悪、病室は過密で狭く、非人間的な大病棟主義（1病棟に60人またはそれ以上を詰め込む）。

⑥病棟、病院、受付行政ともに、入院者の退院・処遇改善請求権を保証しようとしなため、請求件数は極端に低く、病院較差、県・都市較差が大きく、第三者機関であるべき精神医療審査会の委員には業界代表が多数入り込み、肝腎の人権擁護活動は極めて低調。

⑦精神科の職員配置は一般科の3分の1（1950年代の医療法特例のまま）、実態の追認か。これでは人間的な治療は成立しがたい。それに見合う低い診療報酬制度、ある程度の人員を確保している国公立単科精神病院はすべて赤字運営（原因は人件費）。

⑧総合病院精神科の未発達。先進諸国は単科精神病院の精神病床を大幅に減らし（脱施設化）、総合病院中心の医療や教育研修を受けた地域の家庭医が治療に当たっている。

⑨地域で自立を支援する人と制度が不足し、住居や福祉型施設が未発達。外国との格差。

⑩病院情報の未公開（自治体病院のみ公開されている）、精神病院は密室、利用者は入院先の選択が事実上できない。なお、公立民間病院機能分担論が民間病院の都合から出ているが、双方の情報公開がない限り、論理的な議論は始まらない。

十不思議では済みそうにない。「精神病院必要悪」論が横行し、精神病院が肥大化し、それ故に地域福祉が発達しなかったことが歴史的に証明された。また、裁判を受ける権利を奪われ、司法手続きなしにいつまでも入院継続させられる人たちもいる。「医療の傘の下」という業界宣伝にのり、隔離収容されて地域で自立する機会を奪われてきた人たちがいかに多いことか。心ある（雇われ）民間病院長は、不祥事件は氷山の一角と嘆く。

### 3. 「精神病院医療」を縮小し、通院医療を定着させ、地域福祉をつくり出そう

マスコミ記事を背景に、患者虐待をはじめとする大和川病院事件に税務署、検察、次いで厚生省、最後に地方行政が入るまでに、4年有余にわたる少数のボランティアグループ（利用者、弁護士など）による地道な活動があった。しかし、地方（保健医療福祉）行政は、癒着のためか有効な動きをしなかった。行政責任はどうなったのか。医師、看護師、事務職などの病院職員は何をしていたのか。審査会は何をしていたのか。

日本の精神科医療の歴史の中で、精神病院（経営）医師主導型もしくは専門家指導型の医療やケアは、利用者のためにどれだけ役に立ったのか、相次ぐ不祥事件を機に、国公立病院職員も民間病院職員も地方行政職員も共に、精神保健と医療を点検し直す必要がある。

これまでの調査は、「社会的入院」は入院者の30%以上から50%程度という結果を示す。大和川では、摘発後の全員診察の結果、100名が即日退院し、転院後も100名は1ヶ月以内に退院した。私の知る範囲でも、大和川入院者の7分の1の人だけが入院継続したが、福祉施設があれば入院の必要はない人であり、他の7分の6は全く入院の要はなかった。

私たちの調査によれば、住居や福祉施設（老人施設を含む）があれば、入院者の少なくとも50%は退院可能である。各県万対精神病床数と平均在院日数との間には一定の相関（ $r = 0.40$ ）がある。一般科の病床数と医療費との間には強い相関（ $r = 0.89$ ）がある（1995）。需要に応じた供給体制ではなくて、＜供給が需要を喚起する＞ことが示された。これによいとは到底思えないのである。

（京都府立洛南病院長）