

第4分科会 切れ目ない当事者主体の精神保健医療福祉の改善を目指して

<運営委員>

- ・西川病院労働組合(島根) 佐々木 和敏 ・慈雲堂病院労働組合(東京) 小澤 勉
- ・松原病院労働組合(石川) 東 幸枝

<助言者>

- ・元 日本医労連精神部会部会長 氏家憲章

<問題提起>

日本の精神科医療は歴史的にも隔離政策を取り、根底には偏見・差別意識が今もなお色濃く残っている。隔離政策は精神科医療の閉鎖性を生じさせ、ベッドを満杯にすることにより収益を得るといった精神科病院の収益構造と相まって入院が長期化して退院困難な患者を大量に作った。更に隔離・閉鎖と言うのは透明性に欠け、患者への虐待・暴行事件への温床になりやすい。また行政監査も書類の閲覧が主でこれまでも、精神科病院における虐待事件は幾度となく繰り返されている。国は社会防衛的な観点から政策として補助金を出し精神科病院を大量に民間に作らせた。その影響で9割が民間病院であり、今では簡単に病院をなくすこと自体が難しい一面がある。

しかし、他の先進諸国ではすでに、単科の精神科病院は廃止して総合病院の中に限定的な病床を有し、当事者の自己選択が尊重され地域生活を支える行政サービスも充実し、その人らしい地域生活を送ることが可能になっている。WHOも以前から精神科医療は地域社会に組織的に分散させることを長年推奨してきた。

日本でも、2004年精神保健医療福祉の改革ビジョンを策定して10年間で7万床削減目標とするが、2022年時点で目標値の65%(4.6万床の減少)にとどまった。また、2000年の医療法改正で精神病床の配置基準も施行規則に組み込まれ、法的には特例ではなく本則になったものの精神科医療への配置密度への差別が公式な形になり今もなお続いている。人手不足は安易な隔離や拘束、外出制限といった権利侵害にもつながっている事は、日本医労連精神部会で行ったアンケート調査でも明らかになっている。2004年に行動制限最小化委員会が診療報酬のかなで評価され最小化の取り組みは行われたが、ここ10年間で隔離拘束は倍加しており、全く行動制限最小化の意味がなさない結果となっている。また、EU諸国では強制入院の比率が平均10%代であるが、日本は2020年時点で入院患者の約48%が強制入院である。日本は、国連の拷問禁止委員会から繰り返し、非自発的治療と収容に対して効果的な司法的コントロールを確立して収容患者数を減らすこと。障害者権利委員会からは強制入院を廃止するよう強く勧告している。

近年は、入院患者の9割が1年以内に退院し、1割が重症化して入院が長期化する可能性がある。以前に比べれば、新しい患者が病院にたまりにくくなり、全国的にもだんだんと病床利用率が低下していよいよ経営改善の打つ手も見つからず、閉院や転売に追い込まれている病院が出てきている。国は政策で民間病院を大量に産んだ。言わば国の政策の過ちだったにもかかわらず、民間病院が立ち行かなくなっても全く介入する事もなく無責任にも高みの見物をしているだけである。

ベルギーでは日本と同じ精神科病院のほとんどが民間経営でありながらも、国の政策の中で精神科病院の患者の生活も治療も人も補償をしながら地域へと上手くダウンサイジングを図った。

最近では、精神科医療問題をマスコミが大きく取り上げる機会が増えた。遅々として進まない日本の精神科医療に対しても厳しい目が向けられるようになってきている。この流れを大きな改革の流れへと変換するのはこれからの私たちの運動にかかっている。この分科会では改革の夜明け前を夜明けにするにはどうするのかを徹底的に議論を深めたい。色んな立場からの多くの参加を呼びかける。