

精神医療・保健・福祉の改善を目指して

運営委員 東 幸枝（石川 松原病院労組）
小澤 勉（東京 慈雲堂労組）
佐々木 敏和（島根 西川病院労組）
助言者 氏家 憲章（東京）

日本の精神医療が諸外国に比べて異常に多い事は周知の通りです。全世界で精神科病床が185万床あるうちの20%を日本が有しています。諸外国から指摘されながら中々、病院から地域へと退院促進が思うように進みませんでした。その大きな要因は、昔の歴史的問題から国は補助金を出して多くの民間の精神病院を作らせました。9割が民間病院と言う状況を招いていながら、近年になって精神科医療に十分な予算もつけず、退院促進出来ない病院はペナルティを付けるなど診療報酬で誘導して自助努力を促しながら病床数を減らさせていく。そして、全国的に病床が空いたらそこに今は、認知症患者を抱え込む。または病棟の一部を改修してグループホームや長期入院者の住居に転用するなど、日本の精神保健福祉政策は全く患者さんや家族の目線になっていません。今、全国の病院は地域へとシフトして来ていますが、体力のある病院は、救急医療や地域医療へとシフト出来ませんがそうでない病院は今、じり貧状態です。各病院が生き残りを掛けて必死です。

今、全国の精神病院には認知症の患者さんが5万3000人もいます。認知症で入院している7万5000人の約7割が精神病院で日々過ごしています。最近では、認知症の患者さんに抗精神病薬を投与する事で、死亡や転倒のリスクが高まると指摘され、厚労省が2013年に発表したガイドラインでは、「基本的には使用しないと言う姿勢が必要」としています。しかし実際には、2008年から2010年では5人に1人が抗精神病薬を処方され、抗不安薬も12%の認知症患者さんに使用されているなど、諸外国は減らしていますが日本は逆に増加しています。精神病院では、認知症の患者さんは一時的に薬剤投与を必要とされる事はありますが、長期的には精神病院は本来の居場所ではありません。欧米ではこれが定説になっています。精神病院では、配置人員が一般病院より低く設定されたり、何よりも精神保健福祉法により、入院患者の行動制限が認められています。一方2000年に始まった介護保険法では、虐待に繋がる拘束は禁止（生命・緊急時は例外規定あり）しており様々な工夫で拘束を回避する努力がなされています。2012年1月に東京で開催された「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」で、スウェーデン、イギリス、オランダは生活の場でない精神病院での長期入院は認知症の人への適切な対応ではなく精神病院からの退院促進に力を入れてきた。と報告されました。

今年の1月27日に新・オレンジプランが改めて発表されました。7本の柱で具体的手立てが列挙してあり、2番目には精神病院の役割や位置づけが書かれています。大きく書きかえられていました。以前は短期・集中的と言う記載を長期・専門的医療サービスと変更した記載です。また、以前は精神病院などからの円滑な退院や在宅復帰を支援すると書かれていましたが、今は医療機関・介護施設からの退院・在宅復帰を支援すると変更されています。精神病院から退院させるというより一般的な脱施設化をうたっているというイメージに塗り替えられています。精神病院で長期入院し人生を犠牲にした患者さんが多くいるにもかかわらずその反省もなく今度は認知症患者さんのお抱え込みが始まるのでしょうか。今こそ、過去の過ちを2度と繰り返さないためにも国民的運動が必要です。これからは、地域移行における予算や受け皿、働く環境の整備、病床機能分化、病床削減と地域医療の質の向上、など厚労省が責任を持って精神保健福祉改革をするよう求める運動が必要です。

◇募集するレポート

- ①地域移行支援事業でのとりくみ
- ②訪問看護での取り組み
- ③退院に向けての多職種でのチーム支援
- ④精神科救急での取り組み
- ③認知療法（疾病教育・心理教育）導入での取り組み
- ⑥その他（組合としての医療改善運動、人権運動）（専門治療病棟・外来の開設）など広く募集します